

Kiia Finne

***”JOKKU KÄYNNIT ON NIIN MIELUISIA JA JOISTAKIN JÄÄ
PAHA MIELI”***

**Vanhusasiakkaiden kokemuksia kotihoidon työntekijöistä sosiaalisen
toimintakyvyn tukijoina**

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjelma

Joulukuu 2014

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Kokkola-Pietarsaari	Aika Joulukuu 2014	Tekijä/tekijät Kiia Finne
Koulutusohjelma Sosiaalialan koulutusohjelma		
Työn nimi ”JOKKU KÄYNNIT ON NIIN MIELUISIA JA JOISTAKIN JÄÄ PAHA MIELI.” Vanhusasiakkaiden kokemuksia kotihoidon työntekijöistä sosiaalisen toimintakyvyn tukijoina.		
Työn ohjaaja Sirkka Huhtakangas		Sivumäärä 50+2
Työelämäohjaaja Päivi Akolahti		
<p>Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin tutkimustehtäviin: Minkälaisia kokemuksia kotihoidon vanhusasiakkailla on kotihoidon työntekijöiden käynneistä sosiaalisena tapahtumana? Miten kotihoidon vanhusasiakkaat toivoisivat kotihoidon kehittävän toimintaansa sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen osalta?</p> <p>Tutkimusaineisto kerättiin kevään 2014 aikana haastattelemalla viittä Kokkolan kotihoidon vanhusasiakasta, jotka saavat säännöllistä kotihoitoa. Haastattelun pohjana oli avoimilla kysymyksillä varustettu haastattelulomake.</p> <p>Saaduista vastauksista voi päätellä, että kotihoidon työntekijöiden käynnit ovat pääsääntöisesti positiivinen tapahtuma vanhusasiakkaiden päivässä. Positiivisuutta ja mielekkyyttä lisäsi se, että työntekijä on tuttu ja tuntee vanhusasiakkaan toimintatavat ja mieltymykset, asiakkaan ei tarvitse jatkuvasti neuvoa työntekijää. Vastauksista tuli myös ilmi, että vanhusasiakkaat toivoisivat, että kotihoidon työntekijöillä olisi enemmän aikaa keskusteluun sekä ulkoiluun. Myös kaupassa käyntiä yhdessä kotihoidon työntekijöiden kanssa kaivattiin.</p> <p>Saatujen vastausten perusteella on opinnäytetyössä esitetty kotihoidolle uusia ideoita ja toimintamalleja, miten kotihoito ja kotihoidon työntekijät voisivat paremmin tukea vanhusasiakkaiden sosiaalista toimintakykyä.</p>		
Asiasanat kotihoidon asiakas, kotihoidon työntekijä, kotihoito, sosiaalinen toimintakyky, sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen, vanhuus		

ABSTRACT

Unit Kokkola-Pietarsaari	Date December 2014	Author/s Kiia Finne
Degree programme Social services, bachelor of social services		
Name of thesis “SOME VISITS ARE SO ENJOYABLE AND SOME LEAVE ILL FEELINGS.” The Experiences of Elderly Clients from how the Home Care Employees Support their Social Ability to Function.		
Instructor Sirkka Huhtakangas		Pages 50+2
Supervisor Päivi Akolahti		
<p>The aim of this thesis was to look out for answers for the following questions: What kind of experiences from the visits of home care workers as a social event have the elderly clients of home care got? How the elderly clients of home care would hope that home care would improve their actions in supporting the social ability to function?</p> <p>The research data was collected during spring 2014 by interviewing 5 elderly clients of Kokkola city's home care. The interview was based on a form with open questions.</p> <p>The replies indicated that the visit of a home care employee is mostly a positive event in elderly client's day. The visit was considered even more positive and enjoyable if the home care employee was familiar to the client and the employee knew the ways and preferences of the elderly client, so that the client did not have to advise the employee constantly. The replies also showed, that the elderly clients of home care wished, that the employees of home care had more time for conversations and outdoor activities. Also going to grocery store with the home care employees was hoped for.</p> <p>Based on the research data this thesis brings new ideas and ways of action for the home care, so that the home care and the employees of home care could better support the social ability to function of the elderly clients.</p>		

Key words

elderly, client of home care, home care, home care employee, social ability to function, supporting the social ability to function

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1	JOHDANTO	1
2	VANHUUS	3
2.1	Fyysinen vanheneminen	4
2.2	Psyykkinen ja sosiaalinen vanheneminen	6
3	VANHUKSEN TOIMINTAKYKY	8
3.1	Vanhuksen fyysinen toimintakyky	10
3.2	Vanhuksen psyykkinen toimintakyky	10
3.3	Vanhuksen sosiaalinen toimintakyky	11
3.4	Vanhuksen hengellinen toimintakyky	13
4	VANHUSASIAKKAIDEN KOTIHOITO	14
4.1	Kotihoidon kehitys	16
4.2	Kotihoidon työntekijä	17
4.3	Kotihoidon asiakas	18
5	VANHUSASIAKKAAN SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN KOTIHOIDOSSA	19
6	SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISTA HANKALOITTAVIA TEKIJÖITÄ	22
7	AIKAISEMMAAT TUTKIMUKSET	24
8	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	26
9	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	27
9.1	Työnantajan esittely; Kokkolan kotihoito	27
9.2	Tutkimusmenetelmä	29
9.3	Eettisyys ja luotettavuus	30
10	TULOKSET	32
11	JOHTOPÄÄTÖKSET	38
12	KEHITTÄMISEHDOTUKSET	41
13	POHDINTA	43

LÄHTEET

LIITTEET

KUVIOT

KUVIO 1. Vanhuuden ulottuvuudet Tikan (1994) mukaan 3

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Vanhuksen toimintakyvyn osa-alueet Lähdesmäen ja Vornasen (2009) mukaan 9

TAULUKKO 2. Kodin ja kotihoidon merkitykset Ikosen (2013) mukaan 15

1 JOHDANTO

Vanhuspalvelut Suomessa ovat jatkuvasti menossa siihen suuntaan, että kotona asumista suositaan ja suositellaan mahdollisimman pitkään. Tämä osaltaan kasvattaa jatkuvasti kotihoidon ja muiden kotiin tulevien palveluiden kysyntää. Laadukas kotihoito parantaa vanhusasiakkaan elämänlaatua ja toimintakykyä ja voi mahdollistaa kotona asumisen vuosiksi, jopa elämän loppuun saakka.

Mitä sitten on laadukas kotihoito? Kotihoidon perustehtävä keskittyy tänä päivänä paljolti fyysisen toimintakyvyn ja terveydentilan tukemiseen ja ylläpitämiseen. Kotihoidon piiriin tulee jatkuvasti lisää asiakkaita, ja työ on kiireistä. Työntekijöiden aika ei aina riitä juuri muuhun kuin välttämättömien hoiva- ja huolenpitotehtävien suorittamiseen. Asiakkaalle kotihoidon työntekijä voi kuitenkin olla ainoa sosiaalinen kontakti päivän aikana.

Vanhuusiässä sosiaaliset tarpeet ovat pitkälti samanlaisia kuin aikuisiässä, mutta vanhuuteen kuuluvat väistämättömät muutokset tuovat oman aspektinsa sosiaalisuuteen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Sosiaalisten suhteiden merkitys voi korostua muun elämänpiirin kaventuessa. Vanhuuteen kuuluu suuria muutoksia, niin henkilön omassa toimintakyvyssä ja rooleissa kuin myös ympäristössä. Vanhusten parissa työskentelevien ammattilaisten tehtävänä on tukea vanhusta muuttuvissa elämäntilanteissa ja auttaa häntä säilyttämään toimintakykyisyytään.

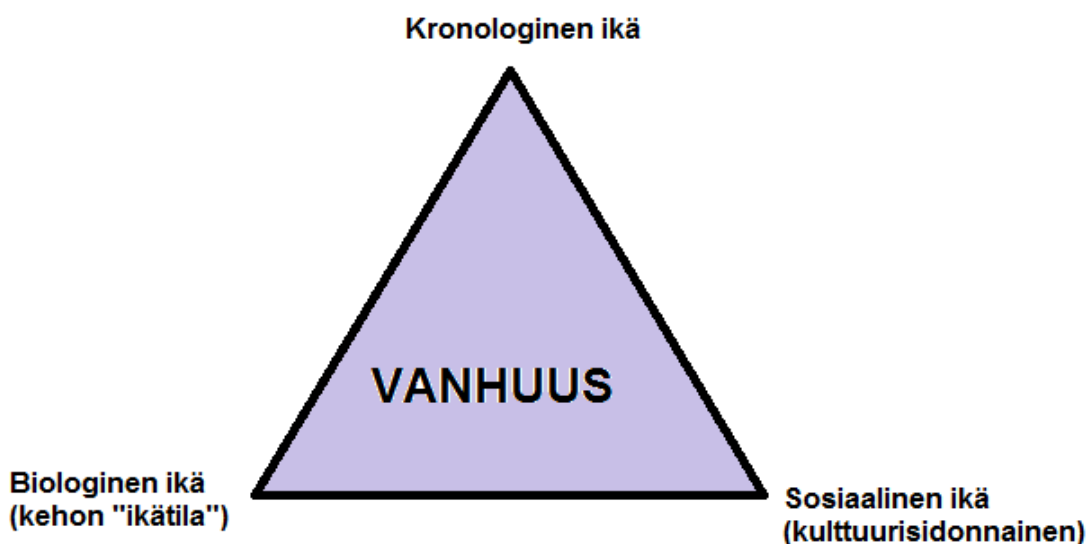
Tässä opinnäytetyössä selvitetään, miten kotihoidon vanhusasiakkaat kokevat kotihoidon työntekijöiden tukevan sosiaalista toimintakykyään. Ajatus opinnäytetyöhön lähti tekijän omista kokemuksista kotihoidon työkentillä. Kotihoidon työntekijät käyvät päivän aikana enimmillään lähes kahdenkymmenen eri asiakkaan luona, ja työtehtävät keskittyvät konkreettisiin, fyysistä terveyttä ylläpitäviin toimintoihin. Kotihoidon tehtävänä on kuitenkin asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin tukeminen, johon kuuluvat fyysisen toimintakyvyn lisäksi psyykkinen, hengellinen ja sosiaalinen toimintakyky, johon tämä opinnäytetyö keskittyy.

Opinnäytetyön nimi ”*Jokku käynnit on niin mieluisia ja joistakin jää paha mieli*” on lainattu eräästä opinnäytetyötä varten tehdystä haastattelusta. Lause kiteyttää hyvin sen, miten paljon kotihoidon työntekijöiden käynnit voivat vaikuttaa vanhusasiakkaan päivään. Kuten jo mainittu, kotihoidon työntekijä voi olla vanhusasiakkaan ainoa sosiaalinen kontakti päivän aikana, jolloin työntekijän roolin merkitys korostuu. Jokainen työntekijä huomioi asiakkaan sosiaalisen puolen ja sosiaalisen toimintakyvyn eri tavoin. Myös jokainen vanhusasiakas on erilainen, jokaisella on erilaiset tuen tarpeet ja toiveet sosiaalisen toimintakyvyn tukemiseen liittyen. On palveluntuottajan, eli tässä tilanteessa kotihoidon ja sen työntekijöiden, vastuulla selvittää yhteistyössä asiakkaan ja omaisten kanssa, miten voisi parhaiten omassa työssään auttaa ja tukea asiakkaan sosiaalista toimintakykyä.

2 VANHUUS

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980 määrittelee pykälässä 3 iäkkääksi henkilöksi hänet, jolla on korkeasta iästä johtuen alkaneita, lisääntyneitä tai pahentuneita sairauksia, vammoja tai rappeutumaa, jotka ovat heikentäneet hänen kokonaisvaltaista toimintakykyään. Toimintakyvyn osa-alueiksi mainitaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen sekä kognitiivinen toimintakyky.

Vanhuus on käsite, jonka määritelmä on jonkin verran epäselvä. Suomessa vanhuus kuitenkin toisinaan määritellään alkavaksi eläkeiästä, eli yli 65-vuotiaat voidaan määritellä vanhuksiksi. Vanhusikä voidaan myös jakaa kolmeen eri vaiheeseen, 65-74-vuotiaat ovat nuoria vanhuksia, yli 75-vuotiaat varsinaisia vanhuksia ja yli 85-vuotiaat vanhoja vanhuksia. Ikää voidaan kuitenkin tarkastella ja määritellä monin eri tavoin, voidaan tarkastella biologista, fysiologista, psyykkistä, sosiaalista ja kronologista ikää. (ETENE 2008, 6; HUS 2008; Numminen, Vesala 2011.)



Kuvio 1. Vanhuuden ulottuvuudet Tikan (1994) mukaan.

Yllä olevassa kuviossa (kuvio 1) Tikka (1994) määrittelee vanhuuden koostuvan kolmesta eri ulottuvuudesta; kronologisesta iästä, biologisesta iästä sekä sosiaali-

sesta iästä. Kronologinen ikä kertoo iän kalenterivuosisissa. Biologinen ja fysiologinen ikä määritellään kehon kunnon mukaan, ja siihen vaikuttavat kehon vanhenemismuutokset. Sosiaalinen sekä psyykkinen ikä määrittyvät niin omien ajatusten ja tuntemusten kuin yhteisön odotustenkin mukaisesti. Sosiaalinen ikä on si-doksissa vallitsevaan kulttuuriin. (ETENE 2008, 6; HUS 2008; Numminen, Vesala 2011; Tikka 1994, 81-82.)

2.1 Fyysinen vanheneminen

Fyysinen vanheneminen ei etene kaikilla ihmisillä samoin, vaan siihen vaikuttavat oleellisesti perimä, elämäntavat ja elinympäristö. Ihmiskehon vanhenemismuutokset alkavat, kun fyysinen kasvukausi on ohi, eli käytännössä noin 20 ikävuoden jälkeen. Vanhenemismuutoksiksi voidaan tulkita ne erot, joita on hyväkuntoisilla vanhuksilla nuoriin ihmisiin verrattuna. Vanhenemismuutoksien erityispiirteitä ovat niiden hitaasti eteneminen, ne ilmenevät jokaisella vanhuksella ennemmin tai myöhemmin, ne eivät ole ulkoisten tekijöiden aiheuttamia, ne heikentävät elimistön toimintakykyä ja ovat palautumattomia. Fyysinen vanhenemisprosessi ja vanhenemismuutokset ovat ihmisen elimistölle aina haitallisia ja kuluttavia. (Aalto, Hakonen, Koskinen & Päivärinta 1998, 91; ETENE 2008, 8; Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen, 2010, 20.)

Vanhenemismuutoksiin kuuluu eri aistitoimintojen heikkeneminen. Myös tasapainoasti ja koordinaatiokyky heikkenevät, mikä osaltaan aiheuttaa sen, että vanhukset kaatuilevat helpommin. Aistitoiminnoista näkö- ja kuuloaistin muutokset ja heikkeneminen vaikuttavat laajasti vanhuksen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Näköaistissa tapahtuvia tavallisia muutoksia ovat lähinäön ja hämäränäön heikkeneminen. Näön heikkeneminen hankaloittaa päivittäisistä toimista ja arjesta selviytymistä ja lisää tapaturma- ja loukkaantumisriskiä. (Aalto ym. 1998, 93; Piriä 2012, 50.)

Kuulon aleneminen on tavallinen vanhenemismuutos. Kuulon alenemisen huomaa usein siitä, ettei vanhus enää kuule tavalliseen tapaan korkeita ääniä ja hälyisässä

ympäristössä hänen on vaikeaa kuunnella yksittäisen ihmisen puhetta. Kuulon aleneminen johtuu usein siitä, että henkilö on vuosien saatossa kärsinyt liian meluisasta ympäristöstä. Kuulon aleneminen ja huonokuuloisuus vaikuttavat negatiivisesti henkilön psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, koska se vaikeuttaa vuorovaikutusta. Se myös lisää vaikeutta orientoitua ympäristöön ja vaarantaa näin vanhuksen turvallisuutta. (Aalto ym. 1998, 94; Juola 2012, 57.)

Näslindh-Ylispangar (2012) toteaa, että aistitoimintojen heikentyessä yhden aistin heikkeneminen ei yleensä vaikuta kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn liian haittaavasti, sillä muut aistit voivat ”korvata” heikentynyttä aistia. Vanhuuden myötä kuitenkin on yleistä, että useammat aistit heikkenevät kerralla, ja se vaikuttaa kokonaisvaltaisemmin toimintakykyyn voiden aiheuttaa avuttomuutta.

Elimistössä tapahtuu paljon muitakin vanhenemismuutoksia aistitoimintojen heikkenemisen lisäksi. Fyysiset vanhenemismuutokset näkyvät ensimmäisenä suurta rasitusta vaativien toimintojen hankaloitumisena. Arkielämää fyysiset vanhenemismuutokset alkavat haitata yleensä noin 75 ikävuoden paikkeilla. Vanhetessa lihakset heikkenevät ja lihasmassa vähenee, joten liikkuminen vaatii enemmän voimaa ja ponnistelua ja näin ollen väsyttää kehoa enemmän. Sydäntään ei toimi yhtä tehokkaasti vanhetessaan vaan se pumppaa verta heikommalla teholla. Iän myötä myös luusto haurastuu ja heikkenee, sekä osteoporoosi yleistyy. Tämä lisää riskiä eri murtumiin, jotka edelleen vaikeuttavat elämää ja voivat aiheuttaa avuttomuutta. (Aalto ym. 1998, 94-97.)

Myös ruuansulatuselimistössä tapahtuu erilaisia vanhenemismuutoksia. Näitä ovat muun muassa ummetuksen lisääntyminen, suun limakalvojen heikkeneminen sekä syljen erityksen väheneminen. Suun limakalvojen heikkeneminen ja syljen erityksen väheneminen voivat erityisesti hankaloittaa syömistä, joka voi johtaa painon tippumiseen ja pahimmillaan alipainoon. Ummetuksen lisääntyminen taas voi tehdä syömisestä epämiellyttävää, jolloin riski painon tippumiseen myös kasvaa. (Aalto ym. 1998, 94.)

2.2 Psyykkinen ja sosiaalinen vanheneminen

Tikka (1994) toteaa, että vallitseva kulttuuri ja ihmiset itse muovaavat jatkuvasti vanhuuden käsitystä ja määritelmää, ja voitaisiin sanoa, että vanhuus on perusluonteeltaan sosiaalista. Yhteiskunta ja sen ihmiset antavat määritelmän vanhuudelle. Koska vanhuudella on usein negatiivinen sävy, johon liittyvät muun muassa avuttomuus, sairaudet ynnä muut, eivät ihmiset ”uskalla” kokea itseään vanhukseksi. Tämä näkyy vanhan ihmisen omien ja ympäristön kokemusten ristiriitana, vanha ihminen ei välttämättä itse koe itseään vanhukseksi, vaikka ympäristö on hänet sellaiseksi määritellyt.

Ihmisillä on kronologisen iän lisäksi niin sanottu sosiaalinen ikä (KUVIO 1, s. 3), jolla tarkoitetaan ihmisen omaa olemusta suhteessa ympäristöön. Ympäristö liittyy sosiaalseen ikään tietynlaisia odotuksia ja ”sääntöjä” liittyen henkilön kronologiseen ikään. Sosiaalinen ikä saa monia merkityksiä eri ympäristöjen mukaan, ja se voi vaihdella radikaalistikin. Esimerkiksi 40-vuotias nainen voi työpaikallaan edustaa ”nuorta polvea”, kun taas kotioloissa hän saattaa olla jo isoäiti, eli ”vanha”. Ympäristön odotukset henkilön sosiaaliselle iälle tulevat hyvin esiin silloin, kun ikään liittyvästä ”koodistosta”, eli odotuksista poiketaan. Poikkeuksena voi olla esimerkiksi iäkäs naishenkilö, jolla on itseään huomattavasti nuorempi miesystävä. Myös pukeutumisella ja harrastuksilla voidaan viestiä muuta, kuin mitä ympäristö odottaa tietyn ikäiseltä. Vaikka ikääntyvä ihminen olisi sosiaaliselta iältään kuinka ”nuori” tahansa, biologinen ikä asettaa omat rajansa kaikelle. (Tikka 1994, 85, 89.)

Bruen ja Carrollin (1993) mukaan psyykkiset ja sosiaaliset vanhenemismuutokset tuovat mukanaan erilaisia tarpeita, jotka vaikuttavat siihen kuinka mielekkäänä ja merkityksellisenä vanhus kokee elämänsä. Näitä tarpeita ovat esimerkiksi riittävät ihmis- ja vertaissuhteet, virkistystoiminta, oman elämän hallinta, yksityisyyden säilyttäminen, ihmisarvon säilyminen, elämän tarkoituksellisuus, itseilmaisuus sekä oman roolin ylläpito ja toteuttaminen perheessä ja vertaisryhmissä.

Vanhuusiällä ihmisen roolit ja kehitystehtävät muuttuvat. Vanhuuden kehitystehtäviksi voidaankin nimetä sopeutuminen terveyden ja fyysisten voimien heikkenemiseen, eläkkeelle jääminen ja sen hyväksyminen, sopeutuminen puolison ja muiden

läheisten kuolemaan, liittyminen omaan ikäryhmään, uusien roolien omaksuminen sekä elämän järjestäminen mielekkääksi. Roolimuutokset näkyvät vanhuksen ollessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Roolien muuttuessa on yleistä, että vanhus voi kokea hyödyttömyyden tunteita. (Brue, Carroll, 1993, 137; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24; Valta 2008, 89.)

3 VANHUKSEN TOIMINTAKYKY

Henkilön selviytymistä itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä toiminnoista elinympäristössään kutsutaan toimintakyvyksi. Ihmisen toimintakyky muuttuu huomattavasti ikääntymisen myötä, mutta toimintakykyyn vaikuttavat myös yksilön omat valinnat siitä, miten hän kehittää ja ylläpitää toimintakykyään. Eräiden määritelmien mukaan toimintakyky sisältää neljä eri ulottuvuutta, fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen sekä hengellisen. Toimintakyvyn eri osa-alueet vaikuttavat tiiviisti toisiinsa. (Hervonen, Kuure & Pohjolainen, 1998, 128-130; Suutama, Salminen & Ruoppila 1988, 101; STM 2013.) Joidenkin määritelmien mukaan, muun muassa Heinola & Luoma 2007 sekä Laine 2014, toimintakyky jaetaan neljään eri osa-alueeseen; fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Joissakin määritelmissä, muun muassa Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007 sekä Aro, Huunaan-Seppälä, Kivekäs, Kujala, Matikainen & Tola 2004, toimintakyky jaetaan vain kolmeen osa-alueeseen; fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista säätää pykälässä 1, että lain tarkoituksena on muun muassa tukea ikääntyneen väestön toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa iäkkäiden vaikutusmahdollisuuksia ja osallisuutta. Käytännössä laki siis säätää, että ikäihmisellä, eli vanhuksella, on oikeus saada kaikki mahdollinen tuki, jotta hänen toimintakykynsä säilyisi mahdollisimman hyvänä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980.)

Taulukko 1. Vanhuksen toimintakyvyn osa-alueet Lähdesmäen ja Vornasen mukaan (2009).

FYYSINEN TOIMINTAKYKY	PSYKKINEN TOIMINTAKYKY
Päivittäiset toiminnot Tasapaino Ylösnousu Kävely Yläraajojen toiminta Ryhti Hengitys Ihon kunto Ravinnonsaanti Hygienia Lepo Seksuaalisuus	Persoonallisuus Mieliala Minäkäsitys Itsearvostus Motivaatio Päätöksenteko Havaitseminen Muisti Oppiminen
SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY	HENGELLINEN TOIMINTAKYKY
Vuorovaikutustaidot Sosiaaliset taidot Roolien vaatimuksista selviäminen Yhteisössä toimiminen Yhteiskunnassa toimiminen	Uskonnollisuus Elämäkatsomus Arvot Aatteet Elämänfilosofia

3.1 Vanhuksen fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan niitä päivittäisiä toimintoja, jotka vaativat fyysistä aktiivisuutta. Fyysisen toimintakyvyn avulla vanhus selviää arkiaskareistaan, harrastuksistaan sekä muista päivittäisistä toimista. Fyysisen toimintakyvyn osa-alueita ovat yleiskestävyys, lihaskunto sekä liikkeiden hallintakyky. Lihaskuntoon sisältyvät voima, kestävyys ja notkeus. Liikkeiden hallintakykyyn taas liittyvät tasapaino, koordinaatio sekä reaktiokyky. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22-23.)

Fyysisen toimintakyvyn heiketessä vanhuksen on entistä vaikeampaa selviytyä päivittäisistä toiminnoista, kuten liikkumisesta, peseytymisestä ja pukeutumisesta. Fyysiseen toimintakykyyn kuitenkin vaikuttaa se, millaiseksi vanhus itse sen kokee, millaisia tavoitteita hänellä on sen suhteen ja miten häntä tuetaan suoriutumisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 20, 23.)

Tärkeimpiä vanhuksen fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat tasapaino, alaraajojen lihasvoima, joka mahdollistaa esimerkiksi tuolilta nousemisen sekä kävelykyky (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22).

3.2 Vanhuksen psyykinen toimintakyky

Lähdesmäen ja Vornasen (2009) mukaan psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat ihmisen persoonallisuus, kognitiiviset toiminnot, minäkäsitys ja itsearvostus, päätöksenteko ja ongelmanratkaisukyky, psyykkiset voimavarat sekä mieliala. Psyykinen toimintakyky on tiiviisti yhteydessä toimintakyvyn muihin osa-alueisiin. Hyvän psyykkisen toimintakyvyn avulla vanhus selviytyy toiminnalleen välttämättömistä rooleista. Hyvä psyykinen toimintakyky myös edesauttaa elämänhallinnan ja itsenäisen selviytymisen kokemista.

Kognitiiviset toiminnot käsittävät muistin, oppimisen, havaitsemisen, kielelliset taidot, suuntavaiston ja kyvyn hahmottaa aikaa. Ilman mitään kognitiivisiin kykyihin vaikuttavia sairauksia tai aistitoimintojen heikkenemisiä nämä kyvyt pysyvät melko muuttumattomina pitkälle vanhuuteen. Uuden oppiminen on kuitenkin sellainen

kognitiivinen toiminto, joka vaikeutuu luonnollisesti ikääntymisen myötä. (Baltes & Smith 1999, 158; Finne-Soveri & Noro 2006, 63; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 23.)

Minäkäsityksen ja itsearvostuksen avulla vanhus hahmottaa itseään suhteessa ympäröivään maailmaan ja kykenee arvioimaan toimintaansa, sen merkityksiä ja seurauksia. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu myös kyky tiedostaa omat vahvuudet ja heikkoudet sekä hyväksyä ne. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 23-24.)

Baltesin ja Smithin (1999) mukaan ikääntymistä voidaan tarkastella haitat vastaan hyödyt näkökulmasta. Ikääntymisen myötä haittoja alkaa tulla enemmän kuin hyötyjä. Haitoilla tarkoitetaan esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä. Iän tuomilla hyödyillä tarkoitetaan muun muassa älykkyyttä ja viisautta. Haitat vastaan hyödyt näkökulmasta katsottuna ihmisen täytyy vanhetessaan keskittää ulkoisia ja sisäisiä voimavarojaan ennemmin toimintakykynsä ylläpitoon kuin kehittämiseen.

3.3 Vanhuksen sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, kun ihminen kykenee toimimaan vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa erilaisissa tilanteissa ja yhteisöissä sekä solmimaan ja ylläpitämään erilaisia ihmissuhteita. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat siis oleellisena osana sosiaaliset taidot. Hyvä sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa positiivisesti toimintakyvyn muihin osa-alueisiin. Toisaalta myös puutteet, rajoitukset ja muutokset toimintakyvyn muilla osa-alueilla, erityisesti psyykkisellä ja fyysisellä, voivat rajoittaa ja heikentää sosiaalista toimintakykyä sekä aiheuttaa riippuvuutta muista ihmisistä. Ollessaan riippuvainen muista, vanhuksen sosiaaliset taidot itsehillinnän osalta kehittyvät. (Baltes & Smith 1999, 160; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24-25.)

Vanhuksen elämässä on monia asioita, jotka voivat heikentää hänen sosiaalisia suhteitaan ja verkostoja. Näitä asioita voivat esimerkiksi olla eläköityminen, puolison kuolema, huono terveydentila sekä heikentynyt toimintakyky, joka vaikeuttaa erilaisiin aktiviteetteihin osallistumista. Erilaiset sairaudet, liikuntakyky, aistitoimin-

tojen sekä kognitiivisten taitojen heikentyminen myös osaltaan haittaavat sosiaalisten suhteiden ylläpitoa tai pahimmillaan jopa estävät sen. Sairaudet ja ulkopuolisen avun tarve voivat aiheuttaa myös haluttomuutta sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Lähiomaisista voidaan etäännyä kiireisen elämänrytmin tai paikkakunnalta muuttamisen vuoksi. (Finne-Soveri 2006A, 136; Niemelä 2009, 27; Niemelä & Nikkilä 2009, 135-136.)

Niemelän (2009) mukaan vanhuuden myötä syrjäytymisriski voi kasvaa. Karkeasti jaettuna on kahdenlaista syrjäytymistä: syrjäytyminen yksinäisyytenä sekä syrjäytyminen köyhyytenä. Syrjäytyminen köyhyytenä liittyy taloudellisesti vähäosaisempien köyhyydestä johtuvaan osattomuuteen. Köyhällä ei ole välttämättä samankaltaisia mahdollisuuksia aktiiviseen osallistumiseen yhteiskunnan eri toimintoihin kuin köyhyysrajan yläpuolella elävillä. (Niemelä 2009, 26; Suutama ym. 1988, 99.)

Syrjäytyminen yksinäisyytenä tarkoittaa ihmisen henkilökohtaista kokemusta yksinäisyydestä ja syrjäytymisestä. Siihen liittyy oleellisesti ihmisen oma kokemus hänen sosiaalisten suhteidensa riittämättömyydestä. Syrjäytyminen yksinäisyytenä voidaan jakaa vanhusten kohdalla vielä kahteen eri alaluokkaan: syrjäytymiseen toiminta- ja liikuntakyvyn menetyksenä sekä syrjäytymiseen muistisairautena. (Niemelä 2009, 26-27.)

Syrjäytyminen toiminta- ja liikuntakyvyn menetyksenä johtuu siitä, että vanhuksella ovat heikentyneet tai puutteelliset mahdollisuudet osallistua itsenäisesti kodin ulkopuoliseen toimintaan. Vanhus ei välttämättä edes itsenäisesti uskalla lähteä mihinkään peläten heikon liikuntakyvyn aiheuttavan tapaturmia. Heikentyneeseen toiminta- ja liikuntakykyyn liittyy usein erilaisia sairauksia ja vammoja. Sairauksien hoitoon usein kuuluu se, että määrättyjä toimenpiteitä täytyy suorittaa määrättyihin aikoihin. Tämä rajoittaa vanhuksen mahdollisuuksia ”vapaaseen liikkumiseen”. Monet sairaudet ja vammat ovat myös fyysisesti ja psyykkisesti niin uuvuttavia, että vanhus ei välttämättä edes jaksaa tai häntä ei huvita lähteä kotoaan mihinkään. Myös häpeän tunne omasta heikentyneestä toimintakyvystä voi pitää vanhuksen kotonaan. (Niemelä 2009, 26-27, 39-40.)

Muistisairaus taas voi aiheuttaa syrjäytymistä koska vanhuksella sisäinen ja ulkoinen todellisuus eivät kohtaa, eikä hän tunnista nykyhetkessä ihmisiä tai ympäristöjä. Muistisairaana vanhuksen omaiset ja läheiset eivät usein tästä syystä halua päästää vanhusta yksin ulos. Näin sosiaalinen elämä kapeutuu kotiin ja sinne tuleviin ihmisiin. (Niemelä 2009, 26-27, 37.)

Niin Baltes ja Smith (1999) kuin Tenkanenkin (2003) esittävät, että vanhuudella on myös positiivisia vaikutuksia sosiaaliseen toimintakykyyn, vaikka sosiaaliset piirit kaventuvat. Sosiaalisten piirien ollessa pienemmät jää vanhuksella enemmän aikaa, energiaa ja voimavaroja ylläpitää ja kehittää jäljellä olevia ihmissuhteita. Jäljellä olevien sosiaalisten suhteiden tärkeys myös kasvaa, suhteista tulee entistäkin merkityksellisempiä. Lähdesmäki ja Vornanen (2009) taas tuovat esiin, että hyvä sosiaalinen toimintakyky vaikuttaa positiivisesti toimintakyvyn muihin osa-alueisiin, mutta toisaalta puutteet, muutokset ja rajoitukset toimintakyvyn muilla osa-alueilla voivat rajoittaa tai heikentää sosiaalista toimintakykyä.

3.4 Vanhuksen hengellinen toimintakyky

Hengellinen toimintakyky on hyvin moniselitteinen. Osa käsittää sen uskontojen ja vakaumuksien kautta, toisille se tarkoittaa henkilökohtaisempaa rauhan ja itsensä hyväksynnän tavoittelua. Yleisiä piirteitä hengelliselle toimintakyvylle ovat usko (toisiin ihmisiin, Jumalaan tai muuhun pyhään), luottamus, elämänkatsomus ja suhde elämään ja kuolemaan, arvot sekä aatteet. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 25.)

Hengellinen toimintakyky on ihmisen sisäistä voimaa. Hyvä hengellinen toimintakyky antaa elämälle merkityksellisyyttä, mielekkyyttä, tarkoituksellisuutta sekä elämäntahtoa ja toivoa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 25-26.) Mikkolan (2005) mukaan hengellisyys ilmenee jokaisella eri tavalla, ja jokaisen hengellistä yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Mikkola myös toteaa, että jokaisella ihmisellä on hengellisiä tarpeita.

4 VANHUSASIAKKAIDEN KOTIHOITO

Ikääntymisen myötä kodin merkitys kasvaa ja kodista tulee elämän keskipiste. Jo pa 90 prosenttia yli 75-vuotiaista suomalaisista asuu kotonaan. Vanhuksilla kotona asumiseen liittyy vapauden ja vallan lisäksi usein avuttomuutta ja avun tarpeita. Tällöin syntyy kotihoidon palveluiden tarve. Kotihoito koostuu kotipalveluista, kotisairaanhoidosta ja tukipalveluista. (Ikonen 2013, 10-12.)

Kotipalvelun tarkoitus on tukea ja auttaa asiakasta silloin, kun hänen toimintakykynsä on alentunut niin, ettei hän selviä itsenäisesti arjen eri toiminnoista. Kotipalvelun työtehtäviin kuuluu yleisimmin asiakkaan perustarpeista, kuten ravitsemuksesta ja hygieniasta, huolehtimista sekä asiakkaan tukemista mahdollisimman itsenäiseen suoriutumiseen. Kotisairaanhoidon tehtävänä taas on suorittaa erilaisia sairaanhoidollisia toimenpiteitä asiakkaan kotona. Kotisairaanhoidon tehtäviin voi kuulua esimerkiksi erilaisten näytteiden otto, lääkityksen seuraaminen ja lääkkeiden jako sekä asiakkaan yleisen voinnin seuraaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Sosiaalihuoltolaki säättää pykälässä 12 c, että kunnat voivat järjestää kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa yhdistetysti, jolloin puhutaan kotihoidosta (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710).

Kotihoidon tukipalveluita on monenlaisia ja niitä järjestävät useat eri tahot. Yksi yleisimmistä tukipalveluista on ateriapalvelu, josta asiakas saa lämpimän ruuan tarpeidensa mukaan muutamana päivänä viikossa tai vaikka päivittäin. Eräs toinen tukipalvelu on siivouspalvelu, jota tarjoavat monet eri tahot. Kotona asuva vanhus voi myös saada erilaisia turvapalveluita, esimerkiksi turvapuhelimen. Muita palveluita ovat muun muassa kuljetuspalvelut, yöpartio, kotisairaaloiminta sekä vanhainkodin lyhytaikaishoito. (Ahonen, Backman, Paasivaara & Ronkainen 2002, 100-101.)

Kotihoidosta säättävät sosiaalihuoltolaki, sosiaalihuoltoasetus sekä kansanterveyslaki ja uusimpana laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista säättää, että kuntien

suunnitellessa vanhuspalveluita täytyy painotuksen olla kotiin tarjottavissa palveluissa. (Ikonen 2013, 10-11; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012/980, 5§.)

Taulukko 2. Kodin ja kotihoidon merkitykset Ikosen (2013) mukaan.

KODIN MERKITYKSET	KOTIHOIDON MERKITYKSET
Itsenäinen elämä, elämänhallinta ja omatoimisuus	Kotona asumisen ja arjesta selviytymisen mahdollistaja
Minuuden vahvistaja	Tasavertainen avun saanti
Vapaus, itsemäärääminen ja oma päätösvalta	Turvallisuuden tuoja
Asuinympäristön tuttuus ja turvallisuus	Ihmissuhteet ammattilaisiin
Arvostuksen tunne	Riippuvuuden kokemus
Perhe, omaiset, naapurit, läheiset	
Heikentynyt toimintakyky vaatii sopeutumista	

Kotihoito voi olla säännöllistä, tilapäistä tai satunnaista. Vähintään kerran viikossa kotihoidon palvelua saavilla asiakkailta on säännöllinen kotihoito. Tilapäinen kotihoito taas on harvemmin kuin kerran viikossa tapahtuvaa. Satunnainen kotihoito on kertaluontoista, eikä asiakkaalla tarvitse olla hoito- ja palvelusuunnitelmaa, toisin kuin säännöllisessä ja tilapäisessä kotihoidossa. (Ikonen 2013, 15-16.)

Jotta kotihoidon palveluiden saanti olisi yhdenvertaista palveluita tarvitseville, ovat eri kuntien kotihoidot laatineet kriteerit kotihoidon saannille. Kotihoidon palveluita tarjotaan ensisijaisesti sellaisille henkilöille, joilla on sairauksia, vammaisuutta tai heikentynyt toimintakyky ja jotka tarvitsevat paljon hoitoa ja huolenpitoa. Eniten vanhusasiakkaita kotihoidossa on ikävälillä 75-84. Kotihoidon tavoitteena on mahdollistaa asiakkaalle se, että tämä voisi asua turvallisesti kotonaan mahdollisimman pitkään. (Ikonen 2013, 18-20, 28, 43.)

4.1 Kotihoidon kehitys

Kotihoito on muotoutunut vuosikymmenien saatossa nykyiseen muotoonsa. Aluksi se on ollut lähinnä vaivais- ja köyhäinhuoltoa, mutta pikkuhiljaa se on muotoutunut holhoavasta näkökulmastaan toimintakyvyn ja itsenäisen elämän tukemiseksi. (Ikonen 2013, 48.)

1700-luvulla köyhäinhoito oli seurakunnan tehtävä, ja samalla vuosisadalla tuli voimaan ruotuhoito. Pitkälle 1800-luvulle saakka köyhäinhoito ja vaivaisholhoitus olivat seurakuntien tehtävä. Myös hyväntekeväisyyden merkitystä ja hyväntekeväisyysnäkökulmaa korostettiin köyhäinhoidossa. Hoidon ja holhouksen kohteena ovat olleet pääasiassa köyhät ja vaivaiset, eli henkilöt, jotka eivät syystä tai toisesta kykene huolehtimaan itsestään. 1860-luvulla alkoivat diakonissat hoitaa sairaita henkilöitä heidän kodeissaan ja 1890-luvulla alettiin palkata sairaanhoitajattaria hoitamaan kyseisen kunnan sairaita ihmisiä heidän koteihinsa. (Ikonen 2013, 49.)

1900-luvun alussa tuli voimaan syytinkijärjestelmä, joka velvoitti nuorempia sukupolvia huolehtimaan vanhuksista. Köyhäinhuoltolaki tuli voimaan vuonna 1922, joka velvoitti seurakuntia enemmässä määrin huolehtimaan köyhistä. (Ikonen 2013, 50.)

1920-luvulla tulivat kiertävät terveyssisarot, jotka kiersivät kodeissa hoitamassa perheitä. Heitä koskeva laki tuli voimaan vuonna 1944. Terveysisaria vastaava koulutus tuli vuonna 1951, kun Väestöliitto alkoi kouluttaa kodinhoitajia. Kodinhoitajat huolehtivat laajasti kaikenlaisia kodinhoitoon liittyviä töitä. Vanhusten hoitoon alettiin kiinnittää huomiota vuonna 1952, kun vanhustyön keskusliiton toimesta aloitettiin vanhusten kotipalvelu. Vanhusväestön avunsaannin turvasi kuitenkin vuoden 1966 laki kunnallisesta kodinhoitoavusta. Tällöin kotiapu kuitenkin muuttui myös maksulliseksi. (Ikonen 2013, 51-52.)

Vuonna 1972 astui voimaan kansanterveyslaki, jonka myötä koti- ja tukipalvelut laajenivat. Mukaan tuli myös lain myötä kotisairaanhoito. Kotipalvelua ryhdyttiin kehittämään ja johtamaan. Sosiaalihuoltolaki uudistui vuonna 1984 ja painotti avohuollon ensisijaisuutta, mikä edelleen auttoi kehittämään kotipalvelua. Kotipalvelu

toimi kuitenkin vielä irrallisena terveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta. (Ikonen 2013, 52-53.)

1990-luvulta lähtien on ruvettu kehittämään kotihoitoa nykyiseen muotoonsa. 1990-luvulta eteenpäin on tullut lukuisia lakiuudistuksia, jotka ovat muokanneet ja kehittäneet kotihoitoa kohti sen nykyisyyttä. Kotihoito on yhdistettyä kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua, ja sitä on suosittu 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Kotihoidon työ on monimuotoista ja haastavaa, koska asiakasmäärät kasvavat jatkuvasti, kotihoitoon tulee uudenlaisia asiakasryhmiä, asiakkaat ovat entistä huonokuntoisempia ja tarvitsevat enemmän hoitoa ja asiakkaat myös odottavat paljon kotihoidolta. (Ikonen 2013, 16, 54-56.)

Niemelä ja Nikkilä (2009) ennustavat, että tulevaisuudessa kotihoito todennäköisesti kehittyy siihen suuntaan, että työntekijöillä on yhä vähemmän aikaa käytettävissä asiakasta kohti. Tähän syitä ovat kotihoidon vanhusasiakkaiden määrän jatkuva kasvu, taloudellisten resurssien määrä sekä tuottavuuden tehostamisvaatimukset. Asiakkaan näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että hän joutuu olemaan yksin yhä suuremman osan vuorokaudesta.

4.2 Kotihoidon työntekijä

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista säätää pykälässä 20, että eri vanhustenhuollon toimintayksiköissä tulee olla riittävästi työntekijöitä riittäväällä koulutuksella, jotta iäkkäille voidaan taata laadukkaat palvelut.

Kotihoidossa työskentelee ammattilaisia monella eri koulutuksella. Pääosin kotihoidon työntekijät ovat kodinhoitajia, perushoitajia tai lähihoitajia. Kotisairaanhoidajat voivat olla sairaanhoidajia tai terveydenhoitajia. Kotihoidon tukipalveluissa työskentelevillä voi olla muita ammattinimikkeitä. Kodinhoitajat, perushoitajat ja lähihoitajat tekevät perushoidollista työtä, asiakkaan auttamista jokapäiväisessä arjessa. Kotisairaanhoidaja vastaa muun muassa hoitotyön ja lääkehoidon suunnittelusta ja

toteutuksesta sekä erityistä sairaanhoidollista huomiota vaativista työtehtävistä. (Ikonen 2013, 172-173, 180.)

4.3 Kotihoidon asiakas

STM (2013) määrittelee, että kotihoidon asiakas on se kotona asuva henkilö, joka saa kotihoidon palvelua säännöllisesti ja hänellä on hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoidon asiakkuuden kriteerinä on muun muassa se, että henkilö ei selviä kuntalaisille tarkoitettujen avopalveluiden turvin kotonaan toimintakyvyn vajeen vuoksi. Pääasiallisesti asiakkaat ovat sellaisia, jotka tarvitsevat runsaasti ammatillista apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista. Vanhusten kotihoito on tarkoitettu pääosin yli 65-vuotiaille kuntalaisille. (Kokkolan kaupunki 2012.) Kotihoidon asiakkailla esiintyy usein myös kognition heikkenemistä, joka vaikuttaa oleellisesti arjesta selviytymiseen lisäten avuntarpeita (Finne-Soveri & Noro 2006, 63).

5 VANHUSASIAKKAAN SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN KOTIHOIDOSSA

Kotona asuminen on jokaiselle ihmiselle merkityksellistä ja mielekästä, kotona saa olla oma itsensä ja päättää omista asioistaan. Tämä onkin merkittävä syy siihen, että vanhukset haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. (Tenkanen 2003, 96; Valta 2008, 78.) Tenkanen (2003) toteaaakin, että kotihoito usein toimii kotona asumisen mahdollistajana. Kotihoidon kulmakiviä ovat vanhuksen kotona asumisen ja arjessa selviytymisen tukeminen, itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen, luottamuksellisuus, kuntouttava työote sekä toiminnan perustaminen kirjalliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kotihoito parhaimmillaan mahdollistaa vanhusasiakkailleen normaalia ja mahdollisimman itsenäistä elämää kotioloissa, ja näin tukee vanhuksen elämänlaatua. (Ahonen ym. 2002, 100, 105.)

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista todetaan pykälässä 14, että iäkkäiden henkilöiden tulee saada kokea elämässään turvallisuutta, arvokkuutta ja merkityksellisyyttä. Myös iäkkäiden henkilöiden mahdollisuudet sosiaalisen vuorovaikutuksen ylläpitoon sekä toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan tulee taata. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE (2008) tiivistää, että vanhusten hoidon tulee lähteä vanhuksen omista tarpeista ja toiveista. Hoitoa ja palvelua suunniteltaessa tulisi huomioida vanhuksen terveydentila ja toimintakyky sekä vanhuksen sosiaalinen verkosto ja läheisten mahdollisuudet osallistua hoitoon.

Kotihoidon vanhusasiakkaille ainoat sosiaaliset kontaktit voivat olla perheenjäsenet ja kotihoidon työntekijät, joillekin vain kotihoidon työntekijät. Vaikka monet vanhukset ovatkin tottuneet yksin olemiseen, he silti tarvitsevat ja kaipaavat sosiaalisia kontakteja. Tämän takia kotihoidon työntekijöiden käynnit ovat odotettuja tapahtumia, ja työntekijä on vanhukselle parhaimmillaan sellainen tuki, jonka kanssa vanhus voi luottamuksellisesti keskustella ja jolle voi ”purkaa sydäntään”. Tutut työntekijät myös rinnastetaan ystävien, lähes perheenjäsenten vertaisiksi. Tutut työntekijät tuntevat vanhuksen, hänen toimintatapansa sekä mieltymyksensä. (Tenkanen 2003, 100, 111.)

Tärkeä tekijä kotihoidon vanhusasiakkaan sosiaalisen toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemisessa on kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaan omaisten välinen tiivis yhteistyö. Yhteistyötä tehdessä molemmat osapuolet saavat arvokasta tietoa vanhuksesta, hänen historiastaan, nykyhetkestään, tarpeistaan ja toiveistaan. Kun työntekijät tuntevat vanhusasiakkaan elämänhistoriaa ja sosiaalisia verkostoja, pystyvät he huomioimaan hänen tarpeitaan paremmin. Työntekijän on tärkeää tuntea vanhusasiakkaan sosiaalisia verkostoja myös sen takia, että voi tukea vanhusta sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Vanhukselle on turvatta mahdollisuus sosiaalisten suhteidensa ylläpitoon toimintakyvyn heiketessäkin. (STM 2013; Tenkanen 2003, 187-188.)

Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu –raportin (2006) mukaan kotihoidon vanhusasiakkaista joka kolmas oli täysin vailla omaisten ja läheisten muodostamaa tukiverkostoa, eli ”täysin virallisen kotihoidon varassa” (Finne-Soveri 2006B, 135). Läheisten ja omaisten puute korostaa kotihoidon työntekijöiden merkitystä vanhusasiakkaille. Avain hyvään hoitoon ja palveluun onkin asiakkaan ja hänen elämänhistoriansa tunteminen. Vanhus on oman elämänsä asiantuntija, ja työntekijän tulee tunnistaa tämä asiantuntijuus työskennellessään asiakkaan kanssa. Vanhusasiakas tulee nähdä yhteistyökumppanina, ei työn passiivisena kohteena. (Backman, Paasivaara & Voutilainen 2002, 21; Saarela 2002, 163-164.)

Koska vanhuuteen oleellisesti kuuluu suuria fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia, vanhuksen roolit myös muuttuvat. Roolit kenties muuttuvat aktiivisista passiivisempiin, ja vanhus voi kokea itsensä tarpeettomaksi. Työntekijän on hyvä osata tunnistaa ja tukea vanhuksen jäljellä olevia sekä uusia rooleja, sekä huomioida itsemääräämisoikeuden merkitys vanhukselle. Erityisesti kotona asuvien vanhusien itsemääräämisoikeus korostuu ja sen koetaan toteutuvan kotona paremmin kuin laitoksessa. (Ahonen ym. 2002, 100; Saarela 2002, 164.)

Kotihoidon työntekijöillä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot sekä ymmärrystä ja empaattisuutta arjen eri tilanteissa. Hyviin vuorovaikutustaitoihin kuuluu sanallisen viestinnän lisäksi sanaton viestintä, sen tunnistaminen ja viestien tulkinta. Myös tilanneäly ja tunneherkkyys ovat tärkeitä ominaisuuksia. Kotihoidon työntekijän on

oltava valmis keskustelemaan asiakkaan kanssa tämän mieltä painavista asioista, kuuntelemaan häntä, tukemaan ja kannustamaan häntä henkisesti sekä olemaan aidosti läsnä. (Ikonen 2013, 54, 180; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 197.)

6 SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN TUKESTA HANKALOITAVIA TEKIJÖITÄ

Kotihoidossa työ keskittyy usein vain tiettyyn osa-alueeseen, joka painottaa sairausnäkökulmaa. Työntekijöiden perustehtävä voi usein olla ristiriidassa asiakkaalle tärkeiden asioiden kanssa. Esimerkiksi työntekijälle on tärkeää pitää asiakas fyysisesti kunnossa huolehtimalla lääkityksestä, puhtaudesta, ravinnonsaannista sekä tarkkailla asiakkaan terveydentilaa erilaisten mittausten avulla. Asiakas taas saatetaan pitää tärkeämpänä sitä, että pääsisi ulos, näkisi ja tapaisi ihmisiä. Kotihoidon työntekijöillä ei välttämättä jää aikaa ensisijaisten työtehtäviensä ohella huomioidaan asiakkaan muita, niin fyysisiä, psyykkisiä kuin sosiaalisiakin tarpeita. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 15, 21.)

Niin Tenkasen (2003) kuin Valtankin (2008) tutkimuksissa käy ilmi se, että vanhusasiakkaat pitävät kotihoidon työntekijöitä liian kiireisinä, huonokuntoiset asiakkaat menevät etusijalle eikä keskustelulle jää riittävästi aikaa. Vanhukset kokivat, että keskustelut käydään niin sanotusti ”työn lomassa”, jolloin se jää pintapuoliseksi (Tenkanen 2003, 108-109).

Kotihoidon asiakkaille on yhteistä se, että heillä on niin merkittävästi alentunut toimintakyky, etteivät he pärjää yksin arjessa ilman ulkopuolista apua. Toimintakyky voi olla alentunutta fyysisesti tai psyykkisesti. (Niemelä & Nikkilä 2009, 135.) Koska kotihoidon vanhusasiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia, he tarvitsevat runsaasti aikaa ja apua työntekijöiltä. Tästä syystä kotihoidon apuvälineiksi pyritään jatkuvasti kehittämään uutta teknologiaa, joka nopeuttaa työntekijöitä mutta vähentää vanhuksen ja työntekijän välistä aikaa. Tämä kehityssuunta jättää vanhuksen sosiaaliset tarpeet liian vähälle huomiolle ja pahimmillaan lisää vanhusten kokemia yksinäisyydentunteita. (Nyman 2009, 50.)

Kotona asuessaan vanhus saa olla oma itsensä ja vanhukset kokevatkin tärkeäksi mahdollisuuden asua kotona mahdollisimman pitkään (Ahonen ym. 2002, 100). Kuitenkin kotona asuvat vanhukset kokevat itsensä usein yksinäisiksi ja eristy-

neiksi. Nämä tunteet ja kokemukset voivat niin sanotusti ajaa vanhuksen laitoshoidon, jossa on muita ihmisiä ympäri vuorokauden. (Finne-Soveri 2006A, 136.) Niemelä ja Nikkilä (2009, 135) ennustavat, että yksinäisyys tulee jatkossa todennäköisesti lisääntymään kotihoidon asiakkaiden parissa. Tämä aiheutuu muun muassa eliniän noususta ja hoidon painottamisesta kotihoitoon, yksin asumisen yleisyydestä ja yleistymisestä, toimintakyvyn heikkenemisestä sekä kaupungistumisesta, eli naapureita ei enää tunneta.

7 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tenkanen (2003) on tutkinut kotihoidon yhteistyömuotojen kehittämistä. Olen hyödyntänyt sitä soveltuvin osin tietoperustassa ja vertaamalla opinnäytetyöstä saatuja tuloksia Tenkasen tuloksiin. Björkgrenin, Finne-Soverin, Noron ja Vähäkankaan (2006) tutkimusta olen myös hyödyntänyt soveltuvilta osin opinnäytetyössäni. Myös Valtan (2008) väitöskirjatutkimusta iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta kotona olen hyödyntänyt opinnäytetyössäni.

Tenkasen (2003) tutkimus on tapaustutkimus, jossa on arvioitu ja analysoitu kotihoidon henkilöstön yhteistyömuotojen kehittymistä sekä niiden merkitystä vanhusasiakkaiden elämänlaadulle. Tutkimusaineistona Tenkasella ovat tapauskohtaiset kotihoitoprosessit, niihin liittyvät asiakirjat ja muistiot sekä vanhusasiakkaiden haastattelut. Tämän aineiston lisäksi tutkimuksessa on hyödynnetty kotihoitoon liittyvää kirjallisuutta, kotihoidon henkilöstön fokusryhmähaastatteluita sekä kotihoitoa koskevia kehittämisasiakirjoja. Tutkimuksen keskeisimmät tulokset, joita olen hyödyntänyt opinnäytetyössäni, ovat seuraavat; vanhusten sosiaaliseen tukemiseen ja liikkumiseen kiinnitetään liian vähän huomiota sekä työntekijöiden kiire heikentää työntekijöiden antaman psyykkisen ja sosiaalisen tuen laatua.

Björkgrenin, Finne-Soverin, Noron ja Vähäkankaan (2006) tutkimus kuvaa kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä RAI-arvioinnin mukaisesti. RAI-arvioinnissa voidaan arvioida vanhusasiakkaan yleistä toimintakykyä sekä erikseen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä. RAI-arviointia voidaan myös hyödyntää palvelutarpeen kartoittamisessa. Tutkimuksessa tulee ilmi kuvattujen RAI-toimintakykyarvioiden lisäksi arviointeihin liitetty työntekijän ja/tai asiakkaan vapaa sana tai tarkennuksia kyseiseen arviointikohtaan liittyen.

Valtan (2008) tutkimus käsittelee iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Tutkimusaineisto on kerätty kotisairaanhoidajilta sekä haastattelemalla kotihoidon vanhusasiakkaita. Tutkimusaineiston pohjalta on tuotettu teoreettinen malli kuvaamaan yli 75-vuotiaiden kotona asuvien päivittäistä suoriutumista. Tutkimuksessa keskeisimmiksi päivittäiseen suoriutumiseen positiivisesti vaikuttaviksi ele-

menteiksi nousivat, niin kotisairaanhoidajien kuin vanhusasiakkaidenkin nostamana, kognitiiviset toiminnot, hyvä ympäristö, hyvä olo, avun saaminen sekä virtsaamisvaivojen puuttuminen. Merkityksellisenä tutkimuksessa nousi avun saaminen lapsilta, lähiomaisilta sekä yhteiskunnan palvelujärjestelmältä. Valta toteaa tutkimuksen perusteella, että erityisesti kognitiiviset tekijät ja monimuotoisuuden hallinta tulisi huomioida paremmin vanhusasiakkaiden kotihoidossa.

8 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, kuinka kotihoidon vanhusasiakkaat kokevat kotihoidon työntekijöiden tukevan sosiaalista toimintakykyään. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia mahdollisia muutoksia vanhusasiakkaat toivoisivat työntekijöiden toiminnassa tällä saralla tapahtuvan ja saatujen vastausten pohjalta esittää kehittämisideoita kotihoidolle. Vastaaajiksi valittiin kotihoidon vanhusasiakkaita, joilla ei ole ymmärrystä vaikeuttavaa sairautta, kuten dementiaa, jotta vastaukset olisivat mahdollisimman luotettavia.

Opinnäytetyöni tutkimustehtävät ovat seuraavat:

Minkälaisia kokemuksia kotihoidon vanhusasiakkailla on kotihoidon työntekijöiden käynneistä sosiaalisena tapahtumana?

Miten vanhusasiakkaat toivoisivat kotihoidon kehittävän toimintaansa sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen osalta?

9 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin vuoden 2014 aikana. Haastattelut sijoittuvat helmikuun 2014 ja toukokuun 2014 välille. Haastateltaviksi valikoitui sellaisia kotihoidon asiakkaita, joilla ei ollut suuria ymmärtämisen vaikeuksia. Haastattelut toteutin käyttämällä haastattelulomaketta (LIITE 1) haastattelun runkona. Haastattellessani vastaajia luin heille ääneen kysymykset, pyydettäessä ja tarvittaessa selvensin joitakin kohtia ja annoin vastaajille riittävästi aikaa ja tilaa vastata. Haastattelut äänitin kokonaisuudessaan ja litteroinnin suoritin mahdollisimman pian haastattelun jälkeen. Varsinaisten, haastattelulomakkeen mukaisten kysymysten jälkeen annoin vastaajille mahdollisuuden kertoa muita mieleen tulleita asioita aiheeseen liittyen ja vastaajilla oli myös mahdollisuus tarkentaa vastauksiaan.

9.1 Työnantajan esittely; Kokkolan kotihoito

Tein opinnäytetyöni Kokkolan kaupungin kotihoidon 1-alueelle. 1-alueella toimii neljä kotihoidon tiimiä.

Kokkolan kotihoito on osa Kokkolan sosiaali- ja terveystoimea. Kotihoidon asiakkaat ovat sellaisia henkilöitä, joilla on alentunut toimintakyky ja/tai terveydentila, joka aiheuttaa haittaa heidän itsenäiselle elämälleen. Kotihoidon asiakkuuden edellytyksenä on se, että henkilö ei enää pärjää avo- ja tukipalveluiden, vapaaehtoistyön tai omaisten turvin kotona vaan tarvitsee sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammatillista hoivaa ja huolenpitoa. (Akolahti, Hakola, Jakku, Jokinen, Niemi & Tunkkari 2013, 1-6.)

Kotihoito toimii kuudella eri alueella Kokkolassa. Joka alueella on yksi palveluesimies sekä 3-7 tiimiä. Tiimeissä työskentelee yksi sairaanhoitaja sekä 5-8 lähi-, perus- tai kodinhoitajaa. Kotihoidon työntekijöiden työajasta osa on välitöntä työaika ja muu työaika on varattu kirjaamiseen ja muihin toimistotöihin, välimatkoihin sekä lakisääteisiin taukoihin. Välittömällä työajalla tarkoitetaan sitä aikaa, mikä

työntekijällä kuluu asiakkaiden luona. Kokkolan kotihoidon tavoitteena on, että 60 prosenttia lähi-, perus- ja kodinhoitajien työajasta olisi välitöntä työaikaa. Sairaanhoidajalla vastaava luku on 40 prosenttia työajasta. (Akolahti ym. 2013, 15.)

Yhteydenotot uusista asiakkaista tulevat kotihoidon palveluesimiehelle. Palveluesimiehen tehtävänä on ensin arvioida alustavasti, täyttääkö kyseinen asiakas kotihoidon kriteerit. Kriteerien täytyessä kotihoidon tiimiä informoidaan asiakkaasta, ja tiimin sairaanhoitaja sekä lähi-/perus- tai kodinhoitaja suorittavat ensikäynnin. Ensikäynnillä työntekijät arvioivat ja selvittävät kotihoidon palveluiden tarvetta ja hoidon määrää. Palvelujen tarpeen arvioinnissa kartoitetaan asiakkaan toimintakykyä sekä terveydentilaa yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Palvelujen tarpeen arvioinnissa huomioidaan myös eri tukipalveluiden sekä vapaaehtoistyön mahdollisuudet kuin myös lähipiirin mahdollisuudet osallistua hoitoon. (Akolahti ym. 2013, 2, 5-6.)

Kotihoidon asiakkuuden alkaessa jokaiselle asiakkaalle laaditaan yhteistyössä asiakkaan itsensä ja tämän omaisten kanssa yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee sisältää tiedot asiakkaan omista voimavaroista sekä tämän palveluntarpeesta. Siinä myös määritellään kotihoidon tarjoaman hoidon ja hoivan tavoitteet sekä keinot niiden saavuttamiseksi. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää myös tiedot siitä, miten omaiset ja läheiset sekä muut yhteistyötahot tukevat ja auttavat asiakasta. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi päivittää kuuden kuukauden välein, samalla kun RAI-arviointi päivitetään. (Akolahti ym. 2013, 2.) RAI-arviointijärjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja toimintakyvyn arviointijärjestelmä, joka sisältää kysymyksiä asiakkaan avun tarpeista ja toimintakykyisyydestä (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 63).

Kotihoidon toimintaa ohjaavat Kokkolan sosiaali- ja terveystoimen arvot. Niitä ovat:

***Yksilön ja perheen hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on meille tärkeää
Palvelumme ovat laadukkaita ja vaikuttavia
Eettisiä arvoja työssämme ovat asiakaslähtöisyys, avoimuus, yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus ja luottamuksellisuus (Akolahti ym. 2013, 1).***

Kotihoidon tarkoituksena on yhteistyössä asiakkaan, tämän omaisten sekä muiden yhteistyötahojen kanssa yhdessä tukea asiakasta selviytymään kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidon tehtäviin kuuluu asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen tukeminen sekä asiakkaan sosiaalisten suhteiden ylläpidossa auttaminen. Kotihoidossa noudatetaan kuntouttavaa työtettä, eli asiakasta kannustetaan, tuetaan ja avustetaan omatoimiseen suoriutumiseen sen sijaan, että asiat tehtäisiin valmiiksi hänen puolestaan. Työntekijät ohjaavat, neuvovat ja hoitavat asiakkaita. (Akolahti ym. 2013, 2-3.)

9.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyöni noudatti kvalitatiivista tutkimusperinnettä, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda esiin vastaajien oma näkökulma aiheesta. Tutkimusaineisto on kerätty avoimilla kysymyksillä varustetulla lomakehaastattelulla. Vastaajat opinnäytetyöhön valittiin harkinnanvaraisesti. Harkinnanvaraiseen otantaan päädyin, jotta saisin mahdollisimman luotettavia vastauksia henkilöiltä, jotka saavat kotihoidon palveluita eri tavoin suhteessa toisiinsa. (Eskola & Suoranta 2003, 16, 18.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineistolla on merkittävä rooli. Tutkimusaineiston synty voi olla tutkimuksen tekijästä riippuvaa tai riippumatonta (Eskola & Suoranta 2003, 15). Tässä opinnäytetyössä tutkimusaineiston synty on opinnäytetyön tekijästä riippuvaista, sillä tutkimusaineisto on kerätty varta vasten laaditulla haastattelulla.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä se, ettei ole mahdollista tai järkevääkään tutkia yksilöiden välisiä eroja niin, että ne olisivat tilastollisesti merkitseviä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa saatu aineisto, esimerkiksi haastatteluiden litteroinnit, ovat usein hyvin laajoja, jolloin ei ole mielekästä toteuttaa niin paljon haastatteluita kuin tilastollisen merkittävyyden selvittäminen vaatii. (Alasuutari 2001, 38-39.)

Alasuutari (2001) erittelee laadulliselle analyysille kaksi eri vaihetta; havaintojen pelkistämisen sekä arvoituksen ratkaiseminen. Havaintojen pelkistämisvaiheessa ilmiötä tarkastellaan tietyistä näkökulmasta tai viitekehyksestä, ja havainnot pyritään pelkistämään suppeammaksi joukoksi. Havaintoja pelkistettäessä samojen tulosten on pidettävä paikkaansa koko aineistossa erilaisten sääntöjen avulla, muuten tulokset ovat merkityksettömiä. Arvoituksen ratkaisemisvaihetta voidaan kutsua myös tulosten tulkinnaksi. Tällöin tutkittavasta ilmiöstä tehdään merkitystulkintoja. (Alasuutari 2001,40-48.)

9.3 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä vastaajat kertoivat henkilökohtaisista kokemuksistaan ja tunteistaan, jolloin opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus korostuvat. Eettisyyteen liittyy tutkimuksen, tässä tapauksessa opinnäytetyön, tekijän aito kiinnostus tutki-
maansa ilmiötä kohtaan. Tekijä ei saa tehdä ennakko-olettamuksia tutkimastaan aiheesta. Tekemisen eettisyyteen liittyvät myös tekijän halu tuottaa uutta tietoa, rehellisyys, luotettavuus sekä ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimuksen tai opin-
näytetyön ollessa eettinen se ei aiheuta vahinkoa kenellekään. (Eskola & Suoranta 2003, 19; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172.)

Opinnäytetyö noudattaa kvalitatiivista tutkimusperinnettä. Kvalitatiivisen tutkimuk-
sen luotettavuutta on vaikeampi arvioida kuin esimerkiksi kvantitatiivisen tutkimuk-
sen luotettavuutta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215-216). Uusitalo (1991) määrittelee, että eräitä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi-
kriteerejä ovat sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksesta saadun tiedon luotettavuutta. Ulkoisella validiteetilla taas tarkoite-
taan sitä, kuinka tutkimusotos vastaa perusjoukkoa.

Sisäinen validiteetti on toteutunut tässä opinnäytetyössä siten, että vastaajiksi on valittu henkilöitä, joilla ei ole suuria muistin ja ymmärryksen ongelmia. Sisäiseen validiteettiin voi myös vaikuttaa se, että haastattelija ja vastaaja ovat toisilleen en-
tuudestaan tuttuja tai heidän välillään on jonkinlainen riippuvuussuhde, esimerkiksi

lähihoitaja ja asiakas (Eskola & Suoranta 2003, 55). Opinnäytetyötä tehdessäni nämä asiat vaikuttivat myös vastaajien valintaan, koska olen itse ollut lähihoitajana kotihoidossa jolloin osa asiakkaista on minulle entuudestaan tuttuja ja välillämme on ollut Eskolan ja Suorannan (2003) kuvaama riippuvuussuhde. (Uusitalo 1991, 86.)

Ulkoisen validiteetin toteutumiseen vaikutti tässä opinnäytetyössä se, että osa kotihoidon asiakkaista sairastaa jotain muistiin ja ymmärtämiseen vaikuttavaa sairautta, jonka vuoksi heitä ei voitu valita vastaajiksi. Tällöin tutkimusotos, eli vastaajat, eivät vastaa koko perusjoukkoa, eli kotihoidon vanhusasiakaskuntaa. Tässä opinnäytetyössä siis sisäinen validiteetti meni osittain ulkoisen validiteetin edelle. Opinnäytetyön vastaajiksi on kuitenkin valittu sellaisia asiakkaita, jotka saavat kotihoidon palveluita eri määrän ja eri tavalla, jotta ulkoinen validiteetti toteutuisi osittain. (Uusitalo 1991, 86.)

10 TULOKSET

Toteutin opinnäytetyöni haastattelemalla kotihoidon asiakkaita avoimilla kysymyksillä varustetun haastattelulomakkeen pohjalta. Haastattelu käsitti yhdeksän kysymystä. Vastaajina oli viisi kotihoidon 78-91-vuotiaista vanhusasiakasta. Vastaajien sukupuolijakauma oli neljä naista ja yksi mies. Kaikki vastaajat olivat yksinasuvia. Vastaajilla kotihoidon työntekijät kävivät vähintään kolme kertaa viikossa ja enintään neljä kertaa vuorokaudessa. Tuloksia avatessa lainataan joka kysymyksen kohdalla saatua aineistoa. Aineistosta esitellään kaksi toisistaan poikkeavaa mieltäpidettä, jotta saadaan laaja ja todenmukainen käsitys vastausten sisällöistä.

Haastattelun ensimmäinen kysymys koski sitä, mitä tunteita kotihoidon työntekijöiden käynnit herättävät vanhusasiakkaissa, koetaanko käynnit mieluisiksi. Pääosin vastaajilla heräsi positiivisia tunteita kotihoidon työntekijöiden käynneistä, varsinkin jos kyseessä on tuttu työntekijä. Työntekijöiden käynnit ovat odotettuja ja herättivät myös kiitollisuuden tunteita. Positiivisia tunteita herätti myös se, jos työntekijä tietää ja näkee mitä pitää ja saa tehdä, eikä hänen tarvitse koko ajan kysellä neuvoja. Negatiivisia tunteita herätti yhdellä vastaajista se, että kotihoidon työntekijät vaihtuvat usein jonka vuoksi työntekijät eivät ole aina niin tuttuja. Kun työntekijät eivät ole tuttuja, heitä joutuu neuvomaan ja opastamaan paljon, koska hekään eivät tunne vanhusta ja tämän toimintatapoja. Yksi vastaajista kiteytti asian niin, että se riippuu paljon työntekijästä itsestään, miten vanhusasiakas kokee käynnin.

No kyllä minä joka kerta odotan että he tulis. Että minusta se on sillälailla mieluinen, mutta riippuu **valtavasti** kävijästä, miten vanhus kokee sen. Että työntekijät on niin erilaiset ja ihmisethän ei synkkaa samalla tavalla..

Kotihoidon työntekijät, siitä mä en tykkää ku kokoajan on erilainen.

Seuraavissa kysymyksissä selvitettiin, kuinka tuttuja kotihoidon työntekijät ovat vanhusasiakkaille sekä heidän mielestään omaisilleen. Vastaukset olivat melko yhdenmukaisia, vakituiset, jo pitkään töissä olleet työntekijät olivat vastaajille hyvin tuttuja. Sen sijaan sijaisia, toisista tiimeistä tulevia työntekijöitä tai harjoittelijoita vastaajat eivät kokeneet tuntevansa kunnolla. Osa työntekijöistä on tuttuja vain

nimeltä tai kasvoilta. Yksi vastaajista mainitsee, että työntekijöiden kasvot ovat tuttuja ja jääneet mieleen, mutta nimet joskus unohtuvat tai sekoittuvat. Toinen vastaajista mainitsee, että joidenkin työntekijöiden kanssa jää etäiseksi, vaikka työntekijä olisi tuttu pitkältä ajalta.

Osan tunnen hyvinkin, jokka on ollu pitemmän aikaa vanhemmat hoitajat. Mutta sitte on ollu niinku kesäaikana paljon tämmösiä harjottelijoita ja uusia, joita kasvojakaan minä en muista.

On tuttuja joo.

Vastaajat kokivat itse tuntevansa kotihoidon työntekijät paremmin kuin arvelivat omaistensa tuntevan. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että hänen lähiomaisensa tuntevat hyvin kotihoidon työntekijät. Muut neljä vastaajaa koki, että heidän omaistensa eivät tunne kotihoidon työntekijöitä hyvin tai ei lainkaan.

Minun mielestä mahottoman hyvin tunteevat.

No, ei ollenkaan.

Kysyttäessä sitä, kuinka paljon vastaajien mielestä kotihoidon työntekijöillä on aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen ensisijaisten työtehtäviensä ohella, osa vastaajista oli sitä mieltä, että työntekijöillä on vähän tai riittämättömästi aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen. Yksi vastaajista koki, ettei työntekijöillä ole ollenkaan aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen kiireen takia. Myös toinen vastaaja mainitsi työntekijöiden kiireen syyksi siihen, ettei sosiaaliseen kanssakäymiseen jää paljon aikaa. Eräs vastaajista oli sitä mieltä, että työntekijöiden kanssa ehtii keskustella hyvin muiden työtehtävien ohella. Yksi vastaajista taas toi esiin, että sosiaalisen kanssakäymisen määrä riippuu työntekijästä, miten tämä niin sanotusti ottaa sen asiakseen.

Että se on niinku semmonen kurja asia, että ku varmaan niillä ei oo työntekijöitä, sen takia niiden pitää kiirehtiä. Mutta pitäis olla enemmän työntekijöitä, että ne kerkeäis hiukan aikaa, joskus kerkiäis jotakin puhuakki.

Mulla on hirmu paljon, minun kans mennee aikaa ihan näihin tämmösiin hoidollisiin juttuihin ja niitä on niin pitkä rimpsu, että ihmettelen että yleensä hoitajat kaikki hommat muistaa. Ja vielä piti, ois tuohon jotakin muutakin sanomista mutta se meni nyt pois mielestä. Hyvin mennee sillä saralla kans.

Jatkokysymyksenä edelliselle oli, että toivoisivatko vastaajat, että kotihoidon työntekijöillä olisi enemmän aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen. Kaikki vastaajat toivoivat tavalla tai toisella enemmän sosiaalista kanssakäymistä työntekijöiden kanssa, ja neljä vastaajista painotti sitä, että toivoisi apua kodin ulkopuoliseen toimintaan. Vastaajista kaksi toivoivat, että työntekijöiden kanssa voisi taas käydä yhdessä kaupassa. Toiset kaksi vastaajaa taas toivoivat enemmän aikaa ulkoiluun. Osa vastaajista oli edelleen sitä mieltä, että työntekijöiden kanssa ehtii keskustella työtehtävien ohella. Yksi haastatelluista ehdotti, että aikaa voisi ”uhrata” pois joltain toiselta työtehtävältä, jotta sosiaaliseen toimintaan jäisi enemmän aikaa.

Mutta sitä mää toivosin että joskus olis vaihtoehtona, että jos mulle on joku tärkeä asia, mutta se ei kuulu heidän työhön, että saisi vaihtaa sillä tavalla, että jätettäis joku heidän työ tekemätä ja että tehtäs se mikä olis mulle niinko tärkeä.

No aina kun tänne hoitaja tulee ni me suurin piirtein jokkaisen kans ni siinä työn ohessa puhutaan kaikkia asioita ja keskustellaan semmosista asioista mistä minä oon jollain lailla perillä vielä. Ni semmosta jutteleaikkaa heillä on ihan tuota mukavasti.

Kysyttäessä, miten vastaajat kokivat kotihoidon työntekijöiden tukevan sosiaalista toimintakykyään, kaksi vastaajista koki saavansa hyvin tukea työntekijöiltä esimerkiksi keskustelun avulla. Kolme vastaajista koki, etteivät työntekijät tue heidän sosiaalista toimintakykyään juuri ollenkaan. Yksi heistä uskoi, että ainakin keskustelua olisi enemmän, jos työntekijöillä olisi enemmän aikaa. Vastaajista kaksi kertoi pitävänsä itse aktiivisesti yhteyttä omaisiin ja ystäviin ja toisinpäin, eivätkä saa tai tarvitse siihen tukea kotihoidon työntekijöiltä. Toinen heistä kertoi, etteivät kotihoidon työntekijät tunne hänen sosiaalisia kenttiään ja verkostojaan, eikä näin ollen voi häntä niiden ylläpitämisessä tukea.

Ei mää kyllä.. Kyllähän osa sanoo että ”kiva kun sulla on käynny vieraita” mutta eipä tuosta muunlaista kannustusta oo.. Niin ne on niin outo-

ja niinku ajattelee mun ystävätkin..Että he.. Ei tunne sitä mun sosiaalista kenttää eikä.. Että emmää kyllä siinä tunne että sitä sais tukea kotihoidolta..

Juttelee ja keskustellee ja sitten tota hirveen paljon on tässä kotihoitoporukassa semmosta väkkee että heitäkin kiinnostaa samat asiat kuin minua...

Yhdeksi kysymykseksi valittiin ”minkälainen on hyvä kotihoidon työntekijä”, koska haluttiin selvittää, kuinka paljon kotihoidon vanhusasiakkaat huomioivat työntekijöissä sitä, tukevatko he asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä, tuomalla esiin työntekijöissä tiettyjä ominaisuuksia. Osa vastaajista toi esiin sen, että hyvän työntekijän kanssa pystyy puhumaan ja keskustelemaan, ja eräs vastaajista sanoi hyvän työntekijän olevan puhelias. Kaksi vastaajista mainitsi, että hyvä työntekijä tietää tai kysyy mitä saa ja pitää tehdä. Toiset kaksi toivat esiin, että hyvä työntekijä myös tekee niin sanotusti ylimääräisiäkin asioita, mitkä eivät kuulu heidän varsinaisiin työtehtäviinsä, mutta ovat asiakkaalle tärkeitä tai he tarvitsevat sillä hetkellä siinä apua. Tästä esimerkkinä olivat perunoiden kuoriminen tai lakanoiden vetäminen. Vastaajista kaksi mainitsi tärkeäksi asiaksi sen, että hyvä työntekijä ei ole kiireinen tai välitä kiireen tuntua asiakkaalle. Hyväntuulisuus, joustavuus ja reiluus mainittiin myös. Vastaajista kaksi taas koki, että tämänhetkiset työntekijät ovat hyviä.

No semmosia kun niitä on *nauraa*. Emminä osaa sen kummemmin, minä oon vaan heihin tutustunnu ja minä oon heihin tyytyväinen.

No ainakin sellanen, et on hyvällä tuulella kun tulee. Että, ja joka ei, jolla ei oo niin kiire tota, että takki päällä täälä pyörähtää. Se on minusta hirveän negatiivista jos on niin kiire, ettei takkia ehdi riisua eikä kenkiä jaloistaan. Ja sitten sellanen, joka juttelee että mitä kuuluu ja mitä tänäpäivänä ois tarvis, ja hän sen tekis. Eikä heti jos jotain pyytää nii sano ”ettei kuulu mulle”.

Kysymyksellä ”miten paljon ja minkälaisia sosiaalisia kontakteja teillä on päivän aikana” haluttiin kartoittaa sitä, onko asiakkailla päivän aikana juuri muita sosiaalisia kontakteja kuin kotihoidon työntekijät. Kukaan vastaajista ei kuitenkaan maininnut kotihoidon työntekijöitä päivittäisiin sosiaalsiin kontakteihinsa. Osa vastaa-

jista kertoo, että he pitävät paljon puhelimella yhteyttä omaisiin ja ystäviin sekä toisin päin. Vastaajista kolme kertoo, että naapurit poikkeavat kyläilemään silloin tällöin. Kaksi vastaajista kertoo, että heidän lapsensa asuvat kaukana, joten he ovat yhteydessä pääosin puhelimitse, ja yksi vastaajista kertoo lapsiensa olevan kiireisiä. Eräällä vastaajista omaiset käyvät päivittäin useamman kerran. Kaksi vastaajista kertoo, että heillä on vähän sosiaalisia kontakteja päivän aikana. Yksi vastaajista mainitsee, ettei hänellä ole enää kodin ulkopuolista toimintaa.

No kaikki ihmiset mulle sanoo ettet oo yksinäinen, että puhelin soi aivan. Ja mulla kyllä käy täällä, tästä talosta käy piipahtamassa, ja sitten käy entisiä työkavereita ja.. Lapset on niin kaukana, mikä onkin mun ongelma. Mutta yks kävi heistäkin eilen illalla. Eilisen päivänkin oli koko päivän vieraita että.. Mutta niin justiin semmonen kaikki on jäänyt pois se mihin toimintaan otti osaa, kun ei yksin voi mennä.

Ei, ei paljon käy kylässä eikä paljon soitella. Että meleko yksinäistä.

Viimeisenä kysyttiin, kokevatko vastaajat olevansa yksinäisiä. Kaikki vastaajista vastasivat kysymykseen rehellisesti ja häpeilemättä. Kolme vastaajista vastasi, ettei koe olevansa yksinäinen. Kaksi heistä tarkensi asiaa, että vaikka yksinoloa on paljon, eivät he koe yksinäisyyden tunnetta koska viihtyvät yksin. Eräs vastaajista kertoi kokevansa toisinaan yksinäisyyden tunteita ja toinen koki niitä päivittäin.

En minä sano. Että en koe olevani yksinäinen, yksin oon mutta mää en koe sitä sillaa, se ei oo mulle taakka. Mää tuun toimeen ihteni kans ja omien ajatusteni kans. Mää en sitä yhtään, ei tuu tunnetta että ”kyllön kurjaa kun pitää olla yksin”, emmää koe semmosena.

No, päivittäin.

Haastattelun lopuksi vastaajilla oli aikaa ja tilaa kertoa muita mieleen tulleita asioita. Yksi vastaaja toi esiin, että hänen kohdallaan kotihoito on toiminut hyvin, ja kaksi vastaajaa kertoi olevansa tyytyväisiä, jos kotihoidon palvelut pysyvät ennallaan. Yksi vastaajista halusi vielä tuoda esiin, että tutut, vakituiset työntekijät ovat mukavia eikä heillä ole kiireen tuntua. Työntekijöihin halutaan myös enemmän vakituisuutta. Eräs vastaajista toi esiin sen, että kotihoidon työntekijöiden työnkuvan

tulisi olla selkeä myös vanhusasiakkaille, jotta asiakas tietää, missä asioissa voi pyytää ja saada apua. Sama vastaaja toi esiin myös sen, että työntekijän asenne on erittäin tärkeä, työntekijä ei saa halveksua tai olla ivallinen asiakasta kohtaan. Yksi vastaajista mainitsi, että hänelle osa työntekijöistä on kuin ystäviä.

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Haastattelun tuloksista käy ilmi, että kotihoidon työntekijöiden käynnit ovat pääosin positiivinen sosiaalinen tapahtuma vanhusasiakkaiden päivässä. Positiivisia tunteuksia lisää se, jos työntekijä on tuttu, tietää työtehtävänsä, toimii kiireettömästi ja keskustelee asiakkaan kanssa. Työntekijöiltä toivottiin myös joustavuutta työtehtävien suhteen, työntekijän tulisi nähdä vanhusasiakkaan sen hetkiset tarpeet ja toimia niiden mukaan.

Haastatteluista nousi esiin, että vastaajille mieluista on se, että työntekijä on tuttu. Tämä tulee esiin myös Tenkasen (2003) tutkimuksessa, tutut työntekijät luovat turvallisuuden ja luottamuksen tunteita kun taas työntekijöiden runsaslukaisuus ja vaihtuvuus koettiin hankalaksi. Sama todetaan ETENE-raportissa (2008); työntekijöiden jatkuva vaihtuvuus aiheuttaa vanhusasiakkailla turvattomuuden tunteita. Asiakasnäkökulmasta työntekijöiden vaihtuvuus on kotihoidossa yleistä, esimerkiksi Motiivi-lehden artikkelin mukaan myös Vaasan kotihoidossa työntekijät vaihtuvat paljon asiakkaiden näkökulmasta (Wiik 2014, 22).

Tuttu kotihoidon työntekijä tuntee vanhusasiakkaan toimintatavat ja mieltymykset, eikä asiakkaan tarvitse koko ajan neuvoa työntekijää. Myös Tenkasen (2003) väitöskirjatutkimuksessa työntekijän tuttuus koettiin tärkeäksi seikaksi. Niin Tenkasen (2003) väitöskirjatutkimuksessa kuin myös opinnäytetyössäni, vastaajina olleet kotihoidon vanhusasiakkaat kokivat, että osa tutuista työntekijöistä on heille ystävien, tai jopa perheenjäsenten, vertaisia.

Kolme vastaajista toi jossain vaiheessa haastattelua esiin työntekijöiden kiireen. Kaikki vastaajat toivoivat kotihoidon työntekijöiltä lisää aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen ja toimintaan, lähinnä kodin ulkopuoliseen toimintaan. Yhteisiä ulkoiluja ja kaupassakäyntejä toivottiin. Myös esimerkiksi Tenkasen (2003) väitöskirjatutkimuksessa käy ilmi, että kotihoidon vanhusasiakkaat toivoisivat kotihoidon työntekijöiltä enemmän aikaa ulkoiluun. Työskennellessäni kotihoidossa lähihoitajana olen myös itse huomannut yhteisen ulkoilun merkityksen vanhusasiakkaille. Vanhusasiakkaat voivat kokea, että ulos on turvallisempaa lähteä toisen henkilön

kanssa. Varsinkin kun tämä toinen henkilö on kotihoidon työntekijä, joka osaa toimia eri terveydenhoidollisia toimenpiteitä vaativissa tilanteissa (esimerkiksi sairaskohtauksen, kaatumisen tai muun vastaavan sattuesssa), voi turvallisuuden tunne lisääntyä entisestään. Björkgrenin ym. (2006) tutkimuksessa noin puolet tutkittavista kotihoidon vanhusasiakkaista tarvitsi toisen henkilön apua ulkona liikkumiseen.

Työntekijöiden ensisijaisista työtehtävistä ja kiireestä keskustellessa nosti osa asiakkaista esiin sen, että työntekijöiden kanssa ehtii ja pystyy keskustelemaan ensisijaisten työtehtävien lomassa. Tenkasen (2003) tutkimuksessa työntekijät pyrkivät kiireisen työn lomassa huomioimaan vanhusten mielipiteitä sekä keskustelemaan heidän kanssaan. Asiakkaille on kuitenkin varattu aikaa tietyt, rajalliset määrät. Kuten eräs haastateltavista totesi;

Ja sitten niinku mullakin on hirveen vähän niitä töitä, jotka niinkö tulis tehdä. Äkkiähän sitä ne tekee, että siinä jäis kyllä sitä sitte, jos vain sitä viriäis sitä keskustelua, mutta sitä ei niin helposti viriä.

Jos yhden asiakkaan käyntiin on varattu 15 minuuttia aikaa ja toiselle tunti, on selvää, että toisen asiakkaan kanssa ehtii keskustella enemmän työtehtävien lomassa. Oman kokemukseni mukaan riippuu myös paljon päivästä ja siitä, kuinka kiireinen aikataulu on, kuinka paljon ehtii asiakkaan kanssa keskustella. Kotihoidon työntekijöiden ei ole kuitenkaan tarkoitus jäädä asiakkaan luo ”seurustelemaan”, koska työ on melko kiireistä.

Opinnäytetyöni vastaajista osa kertoi kokevansa itsensä yksinäiseksi ja kaikki kokivat tärkeäksi sen, että on olemassa joku henkilö, jonka kanssa voi keskustella. Sama käy ilmi myös niin Tenkasen (2003), Valtan (2008) kuin Björkgrenin, Finne-Soverin, Noron ja Vähäkankaan (2006) tutkimuksissakin, vanhukset kokevat usein yksinäisyyttä ja kokevat tärkeäksi sen, että elämässä on joku luotettava henkilö, jonka kanssa voi keskustella mieltä painavista asioista.

Tenkanen (2003) toteaa väitöskirjatutkimuksessaan, että kotihoidon työtehtävien painotus on usein fyysiseen terveyteen liittyvä. Kotihoidon ensisijaiset työtehtävät ovatkin useimmiten fyysisiin toimintoihin liittyviä, esimerkiksi työntekijä voi huolehtia asiakkaan puhtaudesta, lääkityksestä ja ruokailusta. Osa opinnäytetyöhöni vas-

tanneista kotihoidon vanhusasiakkaista koki, että työntekijöiden aika kuluu lähes kokonaan tai kokonaan ensisijaisten työtehtävien, eli fyysisissä toiminnoissa avustamisen, suorittamiseen. Kuitenkin, kuten Tenkasenkin (2003) tutkimuksessa, myös opinnäytetyöni tuloksissa tulee ilmi, että vanhusasiakkaat kokevat, että kotihoidon työntekijät pyrkivät työn lomassa keskustelemaan asiakkaiden kanssa ja osa opinnäytetyöhöni vastanneista koki, että työntekijöillä on riittävästi aikaa keskusteluun työn lomassa.

Eräs opinnäytetyöni vastaajista toteaa, että riippuu valtavasti kotihoidon työntekijästä yksilönä, millaisen kokemuksen hän luo asiakkaalle kotikäynnin aikana. Vastaaja myös toi esiin, että osa työntekijöistä huomioi sosiaalisen puolen paremmin kuin toiset. Tenkanen (2003) on tullut samankaltaiseen tulokseen väitöskirjatutkimuksessaan; yksittäisten työntekijöiden henkilökohtaiset tavat työskennellä vaikuttavat suuresti vanhusasiakkaan hyvinvointiin.

Valtan (2008) väitöskirjatutkimuksessa käy ilmi, että vanhukset kokevat usein turvattomuuden tunteita siitä syystä, että he pelkäävät, että apua ei ole saatavilla tarvittaessa. Opinnäytetyössäni osa vastaajista totesi haastattelun lopuksi, että asiat kotihoidon kanssa ovat mallillaan, ”kunhan saa pidettyä edes nämä palvelut”. Tästä voidaan tehdä tulkinta, että vastaajilla saattoi olla pelko siitä, että kotihoidon palveluita vähennetään ja apua ei ole yhtä helposti saatavilla.

Opinnäytetyössäni osa vastaajista toi myös ilmi, että kotihoidon työntekijät eivät tunne heidän sosiaalisia verkostojaan eivätkä tue heitä niiden ylläpidossa. Tenkanen (2003) on päätenyt samaan tulokseen väitöskirjatutkimuksessaan, sosiaaliset suhteet ja verkostot jäivät tutkimuksessa irralleen kotihoidosta, eikä niitä osattu hyödyntää kotihoidon arjen työssä.

12 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tenkanen (2003) toteaa, että kotihoidon työtä toteutettaessa vanhusasiakkaan ”sosiaalisten suhteiden edistäminen on yhteydessä yhteistyöhön omaisten kanssa”. Hyvän yhteistyön avulla työntekijät voivat saada arvokasta tietoa vanhuksesta ja hänen elämästään, ja asiakkaan tunteminen tukee hyvää hoitoa. Omaiset taas saavat yhteistyön avulla tietoa vanhuksen nykytilasta, tarpeista ja toiveista. Tiiviin yhteistyön avulla molemmat osapuolet oppivat tuntemaan vanhuksen paremmin ja huomioimaan tämän kaikkia tarpeita, myös sosiaalisia.

Asiakkaiden sosiaalisten verkostojen tunteminen helpottaisi yhteistyötä kotihoidon työntekijöiden ja asiakkaan lähipiirin kanssa. Sosiaalisten verkostojen tullessa tutuksi työntekijöille olisi työntekijöiden myös helpompaa kannustaa asiakasta ylläpitämään sosiaalisia suhteitaan. Työntekijät, ensisijaisesti omahoitajat, voisivat mahdollisesti tehdä asiakkaan kanssa tämän verkostokartan (LIITE 2) jota voitaisiin jatkossa hyödyntää. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu-tutkimuksessa todetaan, että hyvä ja vahva sosiaalinen tukiverkosto voi osaltaan vaikuttaa myönteisesti vanhuksen kotona selviytymiseen (Finne-Soveri 2006B, 133). Saman toteaa myös Valta (2008) väitöskirjatutkimuksessaan; mitä enemmän sosiaalista tukea on, sitä paremmin vanhus suoriutuu muista arjen toiminnoista.

Haastatteluissa sekä muissa tutkimuksissa (mm. Tenkanen 2003) käy ilmi, että kotihoidon asiakkaat kokevat tutut työntekijät hyvänä ja turvallisena asiana. Monet vakituiset ja ”oman tiimin” työntekijät tulevat asiakkaille nopeasti tutuiksi, mutta sijaisiin tai toisen tiimin työntekijöihin ei välttämättä ehdi tutustua samalla tavalla. Asiakkaisiin tutustumiseen olisikin hyvä panostaa vielä enemmän. Työnkierto, jota on jo toteutettukin kotihoidossa, on hyvä keino tutustua muiden tiimien asiakkaisiin. Kun on ollut työnkierrossa muissa tiimeissä, on myös helpompaa niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin näkökulmasta mennä tekemään vuoroja toisiin tiimeihin, kun ollaan ennalta tuttuja.

Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa sekä RAI-arviointia päivitettäessä olisi hyvä, jos tämä tehtäisiin yhdessä asiakkaan kanssa. Ensimmäiset suunnitelmat ja

RAI-arviointi yleensä tehdäänkin yhteistyössä, mutta työn kiireisen luonteen takia päivityksiä tekevät usein vain työntekijät keskenään. Päivitykset tehdään puolen vuoden välein tai tiheämmin, jos asiakkaan tilanne olennaisesti muuttuu. Puolessa vuodessa asiakkaan palveluntarve, terveys ja toimintakyky eivät välttämättä muutu radikaalisti, joten hoito- ja palvelusuunnitelma sekä RAI-arviointi saattavat pysyä melko muuttumattomina. Olisi kuitenkin hyvä kysyä asiakkaan ja mahdollisesti tämän omaisten mielipidettä ja tehdä päivitykset yhteistyössä, koska asiakkaan subjektiivinen kokemus tilastaan voi olla hyvinkin erilainen kuin miten työntekijät tilanteen näkevät. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivitettäessä olisi hyvä myös ottaa enemmän huomioon omaisten mahdollisuudet osallistua asiakkaan elämään ja hoitoon. Myös Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2013) painotetaan, että vanhuksella on oikeus osallistua omien palveluidensa suunnitteluun sekä hänen mielipidettään on kuultava ja se on kirjattava hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

13 POHDINTA

Olen ollut Kokkolan kotihoidossa kesäisin sijaisena jo kolmen vuoden ajan, ja sosionominopintojeni myötä olen pohtinut enenevässä määrin sitä, mikä sosiaalinen merkitys kotihoidon työntekijöiden käynneillä on vanhusasiakkaille. Halusin opin- näytetyössäni tuoda esille vanhusasiakkaiden äänen, joka voi monesti jäädä kuu- lematta kiireen, asiakkaan oman rohkeuden puutteen tai jonkin muun syyn takia.

Haastatteluita tehdessäni yllätyin positiivisesti siitä, kuinka rohkeasti ja avoimesti vastaajat toivat esiin omia ajatuksiaan ja mielipiteitään aiheesta. Vaikka vastaajia valitessani tavoitteenani oli haastatella sellaisia asiakkaita, jotka eivät ole minulle kotihoidon työn kautta tuttuja, osui heitäkin kuitenkin vastaajiksi pari. Heistä toisen kanssa olin kotihoidon työn kautta hyvinkin tuttu ja toinen muisti minut vain etäi- sesti. Vastaajaa, jonka kanssa olin tuttu, ei kuitenkaan haitannut vastata haastatte- luun, vaan hän koki vastaamisen helpoksi; ”heti kun perheenjäsenen kanssa pu- hui”. Kyseisen vastaajan kanssa koen, että tuntemisemme helpotti hänen vas- taamistaan eikä vääristänyt vastauksia.

Haastatteluita suorittaessani halusin haastattelutilanteen olevan rento, rauhallinen ja turvallinen. Vastaajiin olin ollut yhteydessä etukäteen puhelimitse sopiessani haastatteluaikaa. Haastattelutilanteet onnistuivat mielestäni hyvin, vastaajat roh- kenivat vastata kysymyksiin rehellisesti ja osa vastasi hyvinkin laajasti. Vastaajilla oli itsellään myös mielenkiintoa aiheittani kohtaan, ja etenkin yksi vastaajista koki aiheen erittäin tärkeäksi ja huomionarvoiseksi.

Haastatteluja tehdessäni huomasin, että osa haastattelukysymyksistä oli ehkä huonosti muotoiltuja tai sanavalinnat olivat hankalia. Hankalin kysymys haastatte- lussa oli ”miten koette, että kotihoidon työntekijät tukevat sosiaalista toimintakyky- äänne”. Jouduin avaamaan kysymystä lähes kaikille vastaajille ja samalla itselleni, mihin haen vastausta tällä kysymyksellä. Kysymyksen asettelu ei näin jälkikäteen ajateltuna ollut kovin toimiva.

Haastatteluissa nousi mielestäni eräänä huolestuttavimmista asioista esiin se, että osa vastaajista koki yksinäisyyden tunteita jopa päivittäin. Heistä osalla kotihoidon työntekijät kävivät jopa päivittäin. Onko kotihoidon työntekijöillä tarpeeksi resursseja huomioida tai tunnistaa vanhuksen yksinäisyyttä? Yksinäisyyden tunne voi toisinaan olla hieman hävettävä, eikä vanhus välttämättä halua vaivata kiireisen oloista työntekijää omilla murheillaan. Olen itse kotihoidossa työskennellessäni huomannut, että vanhusasiakkaat eivät usein tahdo ”vaivata” työntekijöitä. Tähän myös vaikuttaa se, kuinka tuttu työntekijä vanhukselle on. Olen huomannut, että vanhusasiakkaat kokevat, että tuttujen työntekijöiden kanssa voi keskustella vaikeammistakin asioista ja heitä uskaltaa ”vaivata”. Olisikin tärkeää, että vanhusasiakkailla kävisi mahdollisimman tuttuja työntekijöitä, jotka tuntevat asiakkaan hyvin huomaavat, jos asiakkaalla ei ole kaikki hyvin.

Eräs haastattelun vastaaja toi taas esiin sen, että ”kotihoidon työntekijät voisivat uhrata aikaa jostain työtehtävästään ja tehdä jonkin asiakkaalle tärkeän asian”. Tämän vastauksen perusteella kuulostaa siltä, että kotihoidon työntekijät tekisivät työtään vain itseään varten, mekaanisesti suorittaen heille osoitettuja työtehtäviä. Vanhusasiakkaille voi varmasti tulla kokemuksia siitä, että työntekijä tekee vain tarkasti määriteltyjä työtehtäviä joustamattomasti. Kotihoidon työntekijät kuitenkin tekevät työtä ensisijaisesti asiakkaan hyvinvointia tukeakseen ja lisätäkseen. Mielestäni ei ole kuitenkaan tarkoituksenmukaista, että asiakkaalle tärkeä asia jätetään tekemättä ajanpuutteen vuoksi. Asiakkaan hyvinvointia voi juuri sillä hetkellä tukea paljon paremmin se, että työntekijä esimerkiksi lakkaisi asiakkaan kynnet kuin vaihtaisi lakanat. Ensisijaisia työtehtäviä ei tietenkään saa unohtaa, mutta niin vastaajien kuin itsenikin mielestä joustavuutta niiden työtehtävien hoidossa, jotka eivät ole elintärkeitä tai välttämättömiä, voisi olla enemmän.

Opinnäytetyön tekemisessä koin haastavaksi asettamissani aikatauluissa pysymisen sekä tulosten avaamisen. Tulosten avaamiseen haasteita toi se, mitkä asiat vastauksissa ovat tärkeimpiä ja mitä ei tarvitse tuoda opinnäytetyössä esille. Haastattelut kokonaisuudessaan olivat niin mielenkiintoisia ja antoisia, joka vaikeutti tulosten rajaamista pääasioihin. Asettamissani aikatauluissa pysyminen on aina ollut minulle henkilökohtainen haaste, ja asioiden tekeminen tahtoo jäädä viime hetkille. Jos olisin tehnyt opinnäytetyöni yhteistyössä toisen opiskelijan kanssa,

olisi opinnäytetyö valmistunut varmasti nopeammin. Olen kuitenkin tyytyväinen siitä, että toteutin opinnäytetyöni yksin.

Sosionomin osaamista sekä sosionomin kompetensseja ajatellen opinnäytetyön tekeminen oli antoisaa. Varsinkin sosionomiopintojen alkuvaiheessa lähihoitajan ammatti-identiteettini oli vahva, ja oli vaikeaa luopua lähihoitajan ”leimasta” ja tarkastella asioita sosionomin ”silmläsiensä” kautta. Opinnäytetyön tekeminen sosionomina lähihoitajuuden kautta tuttuun työpaikkaan on auttanut minua tarkastelemaan asioita ja ilmiöitä sosionomin ammatin kautta, ja koen opinnäytetyön auttaneen minua kehittämään sosionomin ammatti-identiteettiäni.

Sosionomin kompetensseja ajatellen koen opinnäytetyön avulla kehittäneeni erityisesti asiakastyön osaamistani, palvelujärjestelmäosaamistani, johtamisosaamistani sekä yhteiskunnallista osaamistani. Asiakastyön osaamiseni koen kehittyneen siten, että olen opinnäytetyötä tehdessäni luonut vuorovaikutussuhteen haastattelemiini vanhusasiakkaisiin ensisijaisesti sosionomina. Haastattelut ovat myös antaneet itselleni uusia ajatuksia, miten kehittää toimintaani asiakastilanteissa. Sosiaalialan palvelujärjestelmäosaamiseni on opinnäytetyötä tehdessäni syventynyt, koska olen tietoperustaa tehdessäni tutustunut työtä ohjaaviin lakeihin, kotihoidon kriteereihin sekä kotihoidon palvelujärjestelmään.

Johtamisosaamistani opinnäytetyön tekeminen on myös kehittänyt ja tukenut. Olen opinnäytetyötä tehdessäni itse johtanut tekemistäni, hakenut luvat opinnäytetyölle, sopinut haastatteluajat ja laatinut henkilökohtaisen aikataulun tekemiselle. Johtamisosaamiseen liittyy myös vastuunotto, olen itse tehnyt työni ja olen vastuussa sen sisällöstä. Yhteiskunnallista osaamistani opinnäytetyön tekeminen on tukenut siten, että olen valinnut opinnäytetyöni aiheen ajankohtaisuuden perusteella ja tarkoitukseni on opinnäytetyön avulla tuoda esille palvelun käyttäjien näkökulma, jotta palveluntuottajat ja – tarjoajat voivat kehittää työtään.

Jatkotutkimusideoiksi itselläni nousi aiheen laajempi tutkiminen, esimerkiksi saman haastattelun suorittaminen laajemmalle vastaajajoukolle eri alueiden kotihoidoissa. Mielenkiintoista olisi myös vertailla, olisiko eri kotihoitoalueiden vanhusasiakkailla toisistaan paljon poikkeavia kokemuksia. Tutkimuksen voisi suorittaa

taa myös kvantitatiivista tutkimusperinnettä noudattaen, jos halutaan tutkia isompaa otosta. Tällöin haastattelukysymykset aineistonkeruun aikana tulisi asettaa toisin, kysymyksiin tulisi voida vastata joko ”kyllä” tai ”ei”. Jos tutkimus näin suoritettaisiin, jäisivät asiakkaiden subjektiiviset kokemukset ja näkökulmat vähemmälle huomiolle, mutta tulosten tilastollista merkittävyyttä voitaisiin arvioida paremmin.

Lähteet

Aalto, L., Hakonen, S., Koskinen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Ahonen, S., Backman, K., Paasivaara, L. & Ronkainen, R. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Kotipalvelu kotihoidon kivijalkana. Teoksessa: Backman, K., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Paasivaara, L., Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu –Opas laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi. (100-105)

Akolahti, P., Hakola, E-L., Jakku, M., Jokinen, M., Niemi, S-L. & Tunkkari, A. 2013. Kotihoidon toimintakäsikirja. Kokkolan vanhuspalvelut.

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Aro, T., Huunaan-Seppälä, A., Kivekäs, J., Kujala, S., Matikainen, E. & Tola, S. 2004. Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Backman, K., Paasivaara, L. & Voutilainen, P. 2002. Ikäihmisiä kunnioittava kohtaaminen. Erilaisia asiakkaita – erilaisia kohtaamisia. Teoksessa: Backman, K., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Paasivaara, L., Vaarama, M. & Voutilainen, P. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu –Opas laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi. (21-25)

Baltes, P. & Smith, J. 1999. Multilevel and Systemic Analyses of Old Age: Theoretical and Empirical Evidence for a Fourth Age. Teoksessa: Bengtson, V. & Schaie, K. (toim.) Handbook of Theories of Aging. Springer Publishing Company. Inc.: New York. (153-173)

Björkgren, M., Finne-Soveri, H., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.

Brue, L.J. & Carroll M. 1993. Vanhusten hoidon opas. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Karisto OY: Hämeenlinna.

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. PS-kustannus: Jyväskylä.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-525.pdf Luettu 08.09.2012.

Finne-Soveri, H. 2006B. Omaisten ja läheisten muodostama tukiverkosto. (133-135) Teoksessa: Björkgren, M., Finne-Soveri, H., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.

Finne-Soveri, H. 2006A. Sosiaalinen elämä ja eristyneisyys. (136-137) Teoksessa: Björkgren, M., Finne-Soveri, H., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2006. Kognitiivinen toimintakyky. (63-65). Teoksessa: Björkgren, M., Finne-Soveri, H., Noro, A. & Vähäkangas, P. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Gummerus Kirjapaino Oy: Vaajakoski.

Heinola, R. & Luoma, M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneen hoidon laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus: Helsinki.

Hervonen A., Kuure K. & Pohjolainen P. 1998. Vanhene viisaasti. WSOY: Porvoo.

HUS. 2008. Vanhusten sairaudet. Geriatrian klinikka. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1991,5600#mitaon> Luettu 08.09.2012.

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Edita: Porvoo.

Juola, J. 2012. Kuulo ja ikääntyminen. Teoksessa: Näslindh-Ylispangar, A. (toim.) Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Edita: Porvoo. (57-64)

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2. painos. WSOY: Helsinki.

Kokkolan kaupunki 2012. Vanhusten kotihoidon ja laitos- ja palveluasumisen kriteerit. Kokkolan vanhuspalvelut.

Laine, K. 2014. Toimintakyvyn arviointi. Vammaispalvelujen käsikirja. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi> Luettu 12.10.2014.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.

Lyyra, T., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita: Tampere.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi –Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Edita Prima: Helsinki.

Mikkola, A. 2005. Hyvä arki vanhuudessa? Toimintamalleja hengellisiä tarpeita huomioivaan vanhustyöhön. Kirkkopalvelut Ry. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/130_opas.pdf Luettu 10.9.2014.

Niemelä, A-L. 2009. Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito –Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. PS-kustannus: Juva. (25-49)

Niemelä, A-L. & Nikkilä, A. 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito – Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. PS-kustannus: Juva. (135-165)

Numminen, H., Vesala, H. 2011. Ikääntymisen määrittely. Kehitysvammaliitto. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/muutokset/maarittely.html> Luettu 08.09.2012.

Nyman, J. 2009. Tukityöllä ehkäistään vanhusten syrjäytymistä. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. PS-kustannus: Juva. (49-86)

Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Edita: Porvoo.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY: Helsinki.

Pirilä, K. 2012. Vanhuksen näköaisti. Teoksessa: Näslindh-Ylispangar, A. (toim.) Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Edita: Porvoo. (50-57)

Saarela, T. 2002. Mielialaongelmien tunnistaminen ja hoito. Teoksessa: Backman, K., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Paasivaara, L., Vaarama, M. & Voutilainen, P. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu –Opas laatuun. Gummerus Kirjapaino Oy: Saarijärvi. (161-165)

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut Luettu 15.10.2014.

STM 2013. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut Luettu 30.5.2014.

Suutama, T., Salminen, K. & Ruoppila, I. 1988. Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykkinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys: Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Kansaneläkelaitos: Helsinki.

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Lapin yliopistopaino: Rovaniemi.

Tikka, M. 1994. Kalenteri-ikästä omaelämäkerralliseen ikään. Teoksessa: Ruth, J-E. & Uutela, A. Muuttuva vanhuus. Gaudeamus: Helsinki. (81-101)

Tilvis R., Pitkälä K., Strandberg T., Sulkava R., Viitanen M. 2010. Geriatria. Kustannus OY Duodecim Helsinki.

Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. WSOY: Helsinki.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen Yliopistopaino Oy: Tampere.

Wiik, M. 2014. Työn ilo katoaa. (20-25). Motiivi 07/2014.

LIITE 1

HAASTATTELURUNKO

1. Taustatiedot: ikä, sukupuoli, kuinka usein kotihoidon työntekijät käyvät
2. Mitä tunteita kotihoidon työntekijöiden käynnit herättävät teissä? Kuinka mieluisiksi koette kotihoidon työntekijöiden käynnit?
3. Kuinka hyvin tunnette kotihoidon työntekijät?
4. Kuinka hyvin omaisenne tuntevat kotihoidon työntekijät?
5. Kuinka paljon kotihoidon työntekijöillä on mielestänne aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen, esimerkiksi keskusteluun tai ulkoiluun, ensisijaisten työtehtäviensä ohella?
6. Toivoisitteko, että kotihoidon työntekijöillä olisi enemmän aikaa sosiaaliseen kanssakäymiseen?
7. Miten koette, että kotihoidon työntekijät tukevat sosiaalista toimintakykyänne?
8. Minkälainen on mielestänne hyvä kotihoidon työntekijä?
9. Miten paljon ja minkälaisia sosiaalisia kontakteja teillä on päivän aikana?
10. Koetteko olevanne yksinäinen?

LIITE 2

